

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 304

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fernand BRON

Né à Mouy (Oise), le 1^{er} septembre 1906

Ancien interne des Hôpitaux

(Hôtel-Dieu d'Amiens)

A PROPOS
DE LA GASTRECTOMIE

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES RUPTURES
ET FISTULES DUODÉNALES

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fernand BRON

Né à Mouy (Oise), le 1^{er} septembre 1906
Ancien interne des Hôpitaux
(Hôtel-Dieu d'Amiens)

A PROPOS
DE LA GASTRECTOMIE

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES RUPTURES
ET FISTULES DUODÉNALES

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de ma très grande
reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Broca
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur de présider ma thèse.
Respectueux hommage.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VICTOR-PAUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu m'inspirer le sujet
de cette thèse.*

*En témoignage de reconnaissance
et de grande admiration.*

Respects.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BUTLER D'ORMOND

Professeur à l'École de Médecine d'Amiens
Chirurgien des Hôpitaux

Témoignage de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MERLE

Professeur à l'École de Médecine d'Amiens
Médecin des Hôpitaux

En remerciement de la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAZARAIN

Ex-professeur à l'école de Médecine d'Amiens
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui fut mon premier Maître.
Hommage respectueux.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS

*Assurant tous mes Maîtres de mes
plus vifs sentiments de gratitude pour
le précieux enseignement qu'ils ont
bien voulu me donner.*

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A PROPOS DE LA GASTRECTOMIE

AVANT-PROPOS

La complication post-opératoire la plus grave que redoute le chirurgien, dans la chirurgie gastro-intestinale, est la désunion des sutures.

En particulier, après gastrectomie (Polya ou Bilioth II) pour ulcère gastro-duodénal, la désunion des sutures de fermeture du moignon duodénal est à craindre. Elle provoque la rupture duodénale entraînant presque toujours la mort du malade par péritonite.

En face des ruptures duodénales consécutives au lâchage des sutures, le chirurgien se trouve souvent désarmé. Même s'il intervient très tôt, son initiative est souvent vouée à un échec.

Nous allons étudier, au cours de ce travail, les moyens à employer pour éviter dans la plus large mesure possible cette complication post-opératoire.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodéal.

En présence d'un ulcère gastrique ou duodéal, nous avons actuellement deux méthodes de traitement chirurgical.

La première : *La gastro-entérostomie.*

La seconde : *La gastrectomie.*

L'une et l'autre ont leurs partisans, mais nous devons dire que la jeune école des chirurgiens préfère et de beaucoup la gastrectomie à la gastro-entérostomie, cette dernière n'étant pas l'opération vraiment curative de l'ulcère gastro-duodéal.

Nous allons d'ailleurs exposer rapidement, avant notre sujet, les inconvénients que celle-ci présente, ainsi que les avantages de la gastrectomie.

A. — LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

INCONVÉNIENTS

Les différentes complications que l'on peut observer après la gastro-entérostomie sont les suivantes :

1° Perforations.

Les perforations gastriques imputables à la méthode sont rares, mais elles existent cependant. Elles sont généralement dues aux manœuvres opératoires d'extériorisation et de palpation, qui, en rompant les adhérences, préparent la perforation. En général, elles se produisent peu de temps après l'intervention.

2° Hémorragies.

Après l'intervention les hémorragies peuvent persister ou apparaître. Ceci prouve que l'ulcère continue à évoluer en dépit de la gastro-entérostomie. Les hémorragies sont plus fréquentes que les perforations et se produisent généralement de quelques jours à quelques semaines après l'opération.

3° Persistance de l'ulcère.

Malgré la gastro-entérostomie, l'ulcère peut continuer à évoluer. Les troubles douloureux persistent et une nouvelle intervention devient nécessaire. « Les ulcères de la petite courbure sont ceux qui résistent le plus à la gastro-entérostomie » (OBERTHUR).

En outre la gastro-entérostomie n'empêche pas la formation de nouveaux ulcères.

4° Ulcus peptique.

L'ulcus peptique gastro-jéjunal est la complication la plus décourageante de la gastro-entérostomie. Il

est plus fréquent après les interventions pour ulcères du pylore et du duodénum, — qui sont ceux qui s'accompagnent de la plus grande hyperacidité. — « L'hyperchlorhydrie semble en effet jouer un rôle très important dans la pathogénie de l'ulcère peptique ».

Cette théorie de l'hyperacidité, cause prédisposante de l'ulcère peptique, repose sur un grand nombre de faits cliniques et expérimentaux :

α) L'ulcère peptique n'a jamais été rencontré au cours de la gastro-entérostomie pour cancer où l'hypoacidité et l'anachlorhydrie sont la règle. Il demeure exceptionnel dans l'ulcère haut situé de la petite courbure où l'hyperacidité n'est pas très élevée.

β) L'ulcère peptique s'observe toujours chez des opérés de gastro-entérostomie à suc gastrique hyperacide, surtout après gastro-entérostomie pour ulcus pylorique ou duodéal.

La gastro-entérostomie ne modifiant point le chimisme gastrique, ou plus exactement, ne le modifiant que temporairement du fait de la non résection des glandes à sécrétion gastrique, prédispose à l'ulcère peptique.

« Le bel avantage d'avoir guéri par gastro-entérostomie un ulcère de l'estomac, relativement aisé à enlever, si on l'a transformé en un ulcus peptique difficile à traiter chirurgicalement ! »

On peut éviter l'ulcère peptique, si on prend soin de ne point faire une gastro-entérostomie simple,

chaque fois qu'il y aura une hyperchlorhydrie prononcée (Victor PAUCHET).

5° Cancérisation.

On doit craindre chez tout gastro-entérostomisé la dégénérescence cancéreuse — toujours possible — de l'ulcère gastrique, l'ulcère duodéal étant mis à part — car il ne se transforme pratiquement jamais en néoplasme, — sauf s'il est térébrant dans le pancréas.

Les statistiques concernant la proportion des dégénérescences cancéreuses chez les gastro-entérostomisés pour ulcus gastriques sont très variables. Elles s'échelonnent suivant les auteurs de 10 à 71 pour cent, ce dernier chiffre effrayant indiqué par Mac CARTY. Victor PAUCHET, donne une statistique de beaucoup moins élevée (13 pour cent).

Cette éloquence de chiffres suffit à jeter l'inquiétude sur le sort de ces malades et à faire préférer la gastrectomie à la gastro-entérostomie.

6° Troubles dyspeptiques après G. E.

Après gastro-entérostomie les malades présentent souvent des troubles dyspeptiques : pesanteur ombilicale, sensation de plénitude gastrique, éructations fréquentes, régurgitations acides, diarrhée ou constipation, vomissements. Ils se plaignent également de céphalées, asthénie, vertiges, somnolences et d'inaptitude au travail.

Malgré tous ces inconvénients la gastro-entérostomie a encore ses partisans et nous la trouvons nous-même indiquée dans le cas d'ulcère duodéal avec acidité normale ou abaissée.

On la pratiquera également pour cancer pylorique, comme premier temps chez les sujets cachectiques, deshydratés ou anémiés. Dans un deuxième temps on fera la résection gastrique.

B. — LA GASTRECTOMIE

AVANTAGES

La gastrectomie, en opposition à la gastro-entérostomie, ne présente aucun des inconvénients signalés. C'est une intervention plus complète, qui donne des résultats immédiats et tardifs, très supérieurs à la gastro-entérostomie.

La résection large de l'estomac, accompagnée du dépouillement de la petite courbure, provoque l'atrophie des glandes gastriques groupées sur celle-ci et par là même supprime leur sécrétion. C'est le seul moyen d'annihiler l'hyperchlorhydrie qui est une des causes principales de la maladie ulcéreuse. Avec elle, minimum de récidives d'ulcères et surtout non formation d'ulcus peptique. Elle met en outre le malade à l'abri des hémorragies et de la perforation. Supprimant le pylore, elle supprime par conséquent le spasme pylorique. Or, il se peut, « ainsi que l'admettent BERGMANN et RICHTER, que l'état spasmodique du

pylore abandonné soit d'une grande importance étiologique pour l'ulcère peptique jéjunal » (de BUTLER d'ORMOND).

La résection doit comprendre la portion libre de la première portion du duodénum, le pylore et les deux tiers de l'estomac, en remontant très haut sur la petite courbure.

« MOPPERT » a signalé le rôle favorable que joue la suppression d'une large surface gastrique dans le résultat de l'opération. Dans les cas graves, fortement hyperchlorhydriques, on a toujours tendance à laisser trop d'étoffe gastrique.

RÉSULTATS

Ses résultats opératoires et fonctionnels ont été discutés. L'intervention comporte en effet de très gros risques opératoires, lorsqu'elle est pratiquée pour un néoplasme de l'estomac (20 pour cent) d'après VICTOR PAUCHET.

Il en est tout autrement en cas d'ulcère gastrique et surtout duodénal. Dans les cas d'ulcères gastriques bas situés ou duodénaux, la mortalité post-opératoire ne dépasse pas 3 à 4 pour cent, elle n'atteint 10 pour cent que dans les cas d'ulcères haut situés ou d'ulcère géant. « Actuellement, la gastrectomie est à peine plus grave que la gastro-entérostomie » (VICTOR PAUCHET).

Ses résultats fonctionnels sont excellents.

Après gastrectomie, les malades ne souffrent plus, ne suivent plus aucun régime, leur poids augmente

rapidement, tous reprennent une vie active. Ils récupèrent toute leur valeur sociale. Ils peuvent être considérés comme complètement guéris.

INDICATIONS

a) En principe, pour l'ulcère gastrique on pratiquera toujours la résection large de l'estomac, même si l'acidité est normale ou abaissée. Mais l'indication la plus formelle de la gastrectomie est l'hyperchlorhydrie du malade. « C'est contre elle qu'il faut lutter par la gastrectomie. Et plus le malade sera hyperchlorhydrique, plus il faudra enlever d'étoffe gastrique » (Victor PAUCHET).

b) Pour l'ulcère duodénal, on fera de préférence une résection duodéno-gastrique s'il y a des douleurs ou de l'hyperacidité forte.

c) L'ulcère hémorragique, qu'il soit gastrique ou duodénal, est encore une indication à la gastrectomie.

La gastrectomie enlevant l'ulcère, supprime la cause de l'hémorragie.

Dans le cas d'hémorragie d'abondance moyenne, on n'interviendra qu'après quelques jours de repos et après transfusion sanguine.

Si les hémorragies sont graves et répétées, mettant le malade en danger de mort par anémie aiguë, il faudra pratiquer la résection d'urgence en ayant soin cependant de faire subir préalablement au malade une transfusion sanguine.

Une fois l'intervention gastrique terminée on fera une cœcostomie. La fistule cœcale permettra l'irrigation colique nécessaire pour expulser les caillots sanguins contenus dans le gros intestin.

Ce temps opératoire est absolument nécessaire, car les malades porteurs de sang dans l'intestin font souvent des intoxications mortelles post-opératoires. Intoxications dues à la digestion et à l'absorption des albumines du sang.

La fistule cœcale sera fermée une quinzaine de jours après l'intervention.

Avec Victor PAUCHET, on peut donc affirmer : que le seul traitement rationnel des ulcères et néoplasmes gastro-duodénaux est la résection haute et très étendue. Celle-ci guérit le malade et pour l'avenir le met à l'abri des récidives et des complications.

Nous ferons toutefois remarquer que pour être inoffensive, la gastrectomie exige de la part de l'opérateur une grande habitude de la chirurgie gastrique.

Une des raisons pour lesquelles Victor PAUCHET prétend qu'il y a peu de gastrectomistes, c'est que la gastrectomie nécessite beaucoup d'entraînement et une expérience quasi-quotidienne. S'il faut trois bons trucs (moyens adroits et subtils) pour qu'une gastro-entérostomie soit correcte, il en faut cent pour qu'une gastrectomie soit parfaite. Le moindre truc qui est escamoté par le chirurgien, peut être une cause de mort pour le malade.

COMMENT RÉTABLIR LA CONTINUITÉ DIGESTIVE APRÈS RÉSECTION GASTRIQUE

QUEL PROCÉDÉ D'ANASTOMOSE DOIT-ON EMPLOYER ?

Les procédés de gastrectomie peuvent se ramener à quatre types principaux :

- 1° Celui de PÉAN, dit BILROTH première manière.
- 2° Celui de KOCHER.
- 3° Celui de BILROTH deuxième manière.
- 4° Celui de POLYA.

Ceux que nous considérons comme procédés de choix et que nous avons le plus souvent pratiqués dans le service de notre Maître le Professeur de BUTLER D'ORMOND, sont : le Péan et le Polya.

1° Procédé de Péan.

ANASTOMOSE GASTRO-DUODÉNALE, TERMINO-TERMINALE.

Le procédé de PÉAN ou BILROTH I est le meilleur de tous, car « le plus physiologique », de plus il ne donne pratiquement pas d'ulcus peptique. Il est le moins choquant, l'opérateur travaillant dans l'étage sus-mésocolique et n'ayant par conséquent pas à brasser les anses intestinales. Il est très regrettable qu'on ne puisse l'employer dans plus de 20 pour cent des cas.

Il consiste, après résection, à anastomoser bout à bout le duodénum et la partie inférieure de la tranche de section gastrique. (Fig. 1).

Du côté estomac, la portion restant de cet organe réséqué doit être suffisante pour être facilement amenée au contact du duodénum. Il faut aussi que les tranches de section gastrique ne soient pas trop épaissies.

Le duodénum doit être assez long, aisément mobilisable, et recouvert sur tout son pourtour d'un revêtement séreux intact. D'autre part son calibre doit être suffisant (au moins trois centimètres de diamètre).

Il ne faut jamais pratiquer « le Péan », lorsque l'exérèse a été étendue, les sutures seraient trop mises à l'épreuve lors des contractions de l'estomac tendu entre deux points fixes : le cardia et le duodénum. On s'exposerait à cette grave complication qu'est la désunion des sutures entraînant une péritonite mortelle.

Le point faible de l'anastomose à « la Péan », se trouvant au niveau du carrefour des sutures de l'angle supérieur, on placera à ce niveau un point de sûreté en U, traversant la séreuse du bord supérieur duodénal et des deux bourrelets séreux d'enfouissement de la section gastrique, un peu au-dessus de la bouche, ce qui aura pour effet de consolider la suture et d'éviter la désunion gastro-duodénale.

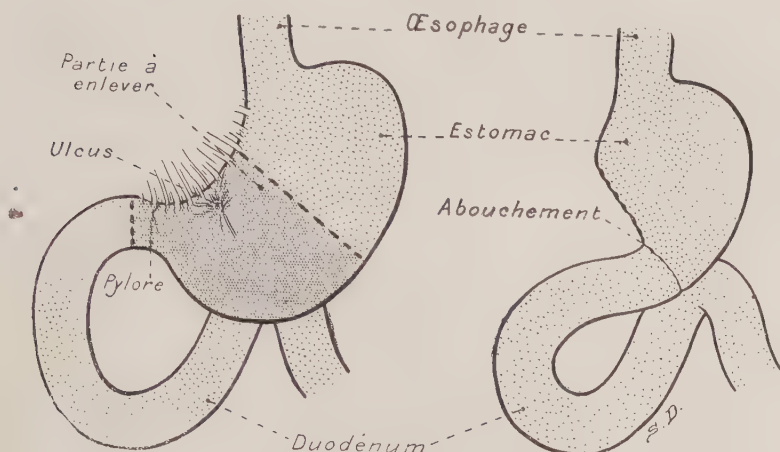


FIG. 1. — Procédé de Péal ou Bilroth I
Anastomose gastro-duodénale, termino-terminale.

2^o Procédé de Kocher.

ANASTOMOSE GASTRO-DUODÉNALE, LATÉRO-TERMINALE.

Il consiste, une fois la résection faite, à fermer complètement la tranche gastrique et à implanter le duodénum à la face postérieure de l'estomac (anastomosé latérale sur l'estomac, terminale sur le duodénum). (Fig. 2).

Là encore le duodénum doit être long, large et facilement mobilisable pour être amené au contact de l'estomac, qui doit avoir été réséqué assez bas. Ce procédé est plus long à exécuter puisqu'il faut tout d'abord fermer complètement l'estomac. Il aurait sur le Péal, l'avantage d'éviter le carrefour des sutures au niveau de l'angle supérieur de l'anastomose. Par contre il aurait l'inconvénient de favoriser dans cer-

tains cas la formation d'un cul-de-sac gastrique au-dessous de la bouche, lequel gênerait la bonne évacuation de l'estomac.

Le Professeur CUNÉO et ses élèves sont très partisans de ce procédé.

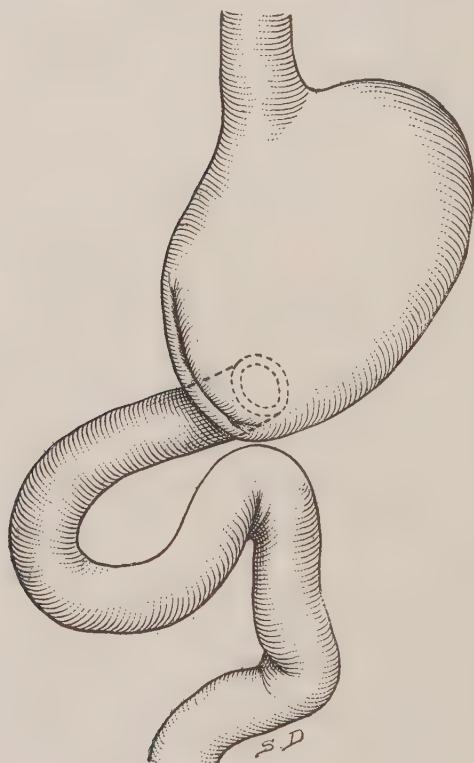


FIG. 2. — Procédé de Kocher. Anastomose gastro-duodénale, latéro-terminale.

**3^o Procédé de Bilioth II.
ou opération de Rodman des Américains.**

ANASTOMOSE GASTRO-JÉJUNALE, LATÉRO-LATÉRALE.

Le Bilioth II est employé par beaucoup de chirurgiens. Il consiste à fermer le bout duodénal et la tranche gastrique, puis à pratiquer une gastro-enté-

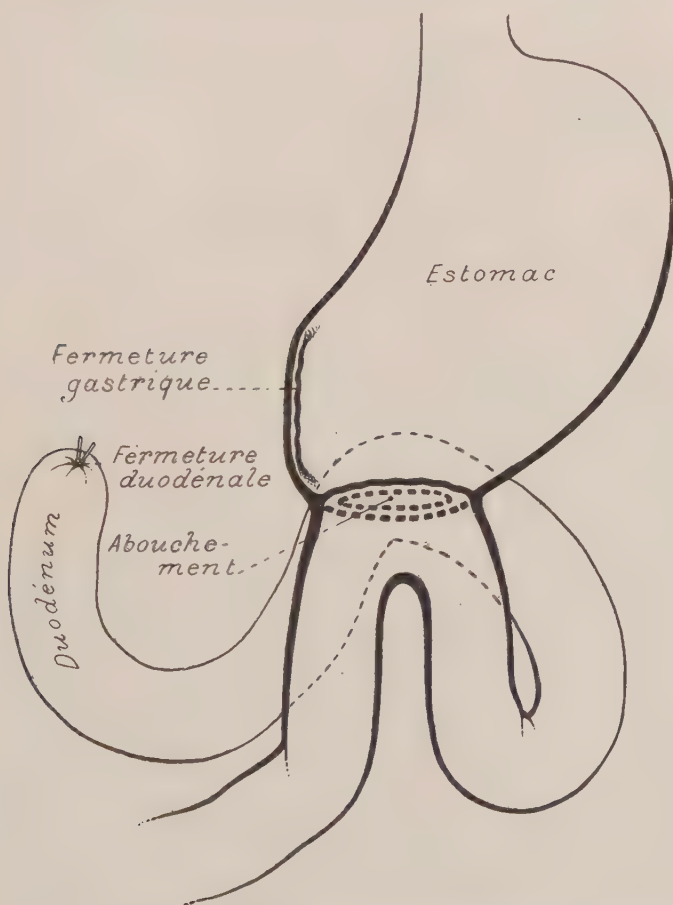


FIG. 3. — Procédé de Bilioth II. Anastomose gastro-jéjunale, latéro-latérale.

rostomie par la technique ordinaire (Fig. 3). C'est le procédé le plus facile à exécuter. Aussi est-il à recommander aux chirurgiens qui désirent s'entraîner à la chirurgie gastrique. Il demande beaucoup d'étoffe gastrique et une étoffe souple. La fermeture du duodénum doit être parfaite si l'on veut éviter les ruptures ou fistules post-opératoires.

« L'exécution de la fermeture duodénale mérite une scrupuleuse attention, une part importante des insuccès de la gastrectomie, tient à l'insuffisance de cette suture » (CUNÉO).

4^o Procédé de Polya.

ANASTOMOSE GASTRO-JÉJUNALE, TERMINO-LATÉRALE.

Ce procédé préconisé par Victor PAUCHET, est le procédé de choix. Il choque très peu le malade et donne rarement un ulcus peptique. On peut le pratiquer dans 80 pour cent des cas environ.

Il consiste à faire une implantation termino-latérale de l'estomac dans le jéjunum (fig. 4). Cette implantation est réalisable même après les gastrectomies larges, à cause de la mobilité de l'anse duodéno-jéjunale. Elle n'exige que très peu d'étoffe gastrique. L'implantation à « la Polya », doit être totale ou partielle suivant les cas. Quand la tranche de section gastrique se trouve trop large pour faire une bouche de dimension correcte (six centimètres), il faut tout d'abord la rétrécir en fermant en haut la partie supé-

rieure à cette dimension, par deux surjets total et séro-séreux (fig. 5).

La réelle difficulté de ce procédé consiste à réaliser une bonne fermeture du duodénum de façon à éviter

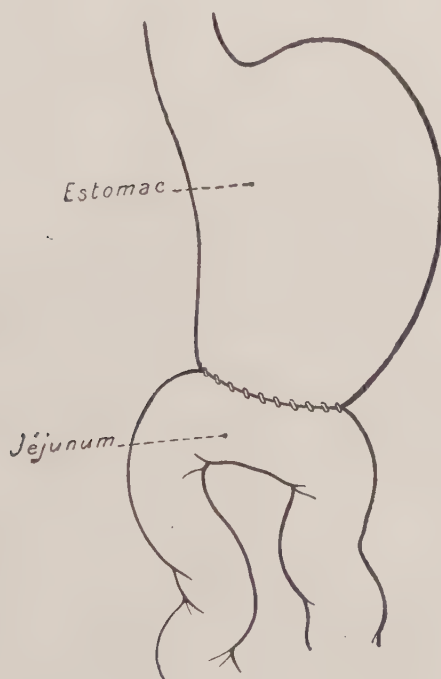


FIG. 4. — Procédé de Polya. Anastomose gastro-jéjunale, termino-latérale. Implantation complète.

sa rupture ou encore sa fistulisation après l'intervention.

On aura donc dans le Bilroth II et le Polya, à fermer le duodénum et c'est à ce temps opératoire que le chirurgien devra consacrer toute son ingénio-

sité et tous ses efforts, s'il ne veut pas exposer son malade à une rupture duodénale, laquelle entraîne presque toujours la mort.

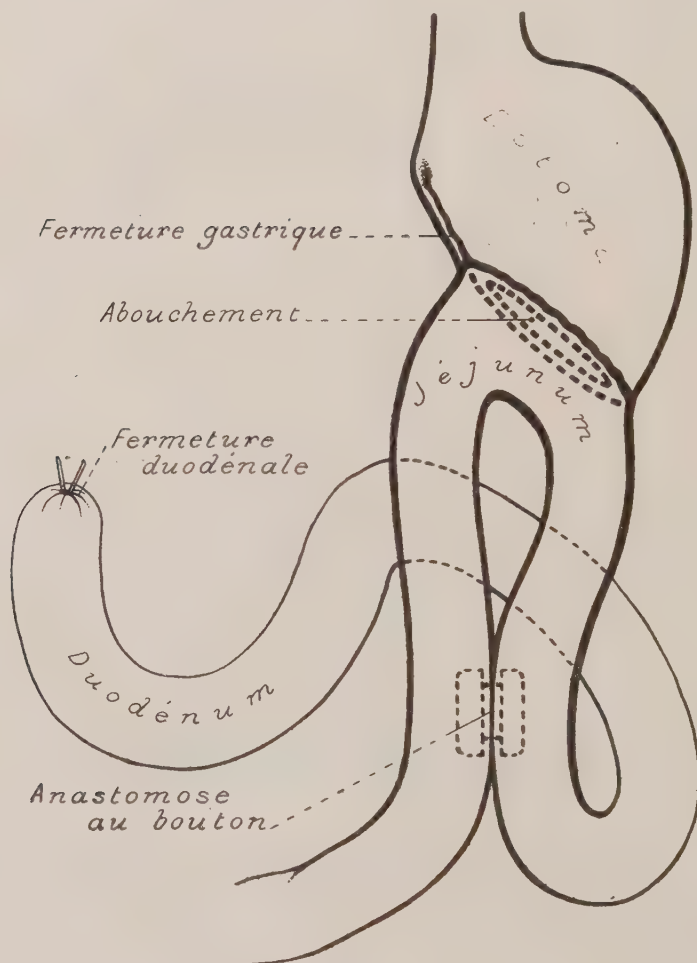


FIG. 5. — Procédé de Polya. Implantation incomplète du jéjunum dans l'estomac. Jéjuno-jéjunostomie au bouton.

COMMENT SE MANIFESTE LA RUPTURE DUODÉNALE

La rupture duodénale, toujours due au lâchage des sutures pratiquées pour fermer le duodénum, peut se manifester du point de vue clinique, de deux façons différentes :

Premièrement. — Huit à dix jours après l'acte opératoire, le malade est pris subitement d'une douleur abdominale en coup de poignard. Le tableau clinique est alors celui de la péritonite aiguë par perforation (hyperthermie, facies péritonéal, pouls petit, rapide et irrégulier, ventre contracturé, constipation et parfois vomissements). L'état général s'altère rapidement et la mort emporte le malade en quelques heures.

Deuxièmement. — Parfois des adhérences se forment et empêchent ainsi l'envahissement de l'abdomen par les liquides et la diffusion de l'infection. La péritonite s'enkyste, la plaie abdominale laisse écouler à l'extérieur du liquide peptique rongant la paroi. Le malade se déshydrate, se cachectise et meurt en quelques jours. L'écoulement peut quelquefois se tarir ou diminuer de façon appréciable. Dans ce dernier cas une fistule duodénale est constituée. On pourra tenter de la fermer, mais cette intervention est délicate, car on opère alors en tissu peu solide et le pronostic opératoire est des plus sombres.

Les ruptures et fistules duodénales sont donc les complications les plus graves de la gastrectomie dans les procédés de Bilroth II et de Polya.

Aussi faudra-t-il employer pour chaque fermeture du duodénum, le procédé qui lui conviendra le mieux.

Nous allons passer en revue les différents procédés de fermeture du duodénum, avec leurs avantages respectifs.

CHAPITRE II

COMMENT FERMER LE DUODÉNUM DANS « LE BILROTH II » OU « LE POLYA »

Comment fermer le duodénum dans « le Bilroth II » ou « le Polya » ?

Deux cas peuvent se présenter :

Premièrement. — Le duodénum est sain.

Deuxièmement. — Le duodénum est ulcéré.

A. — DUODÉNUM SAIN

On pratique alors la résection pour néoplasme ou ulcus de l'estomac. C'est dans ce cas que la fermeture est la plus facile, car le duodénum est long, facilement mobilisable, son étoffe est souple. D'autre part il n'est ni enflammé, ni adhérent au pancréas.

Bien que ce temps paraisse facile à exécuter, il ne faudra nullement le négliger. C'est de lui que dépend le pronostic opératoire.

PROCÉDÉS DE FERMETURE DU DUODÉNUM

1^o Procédé dit de la manchette de Th. de Martel.

C'est le procédé idéal de fermeture.

Il consiste à enfouir le duodénum sous une bourse séreuse (fig. 6).

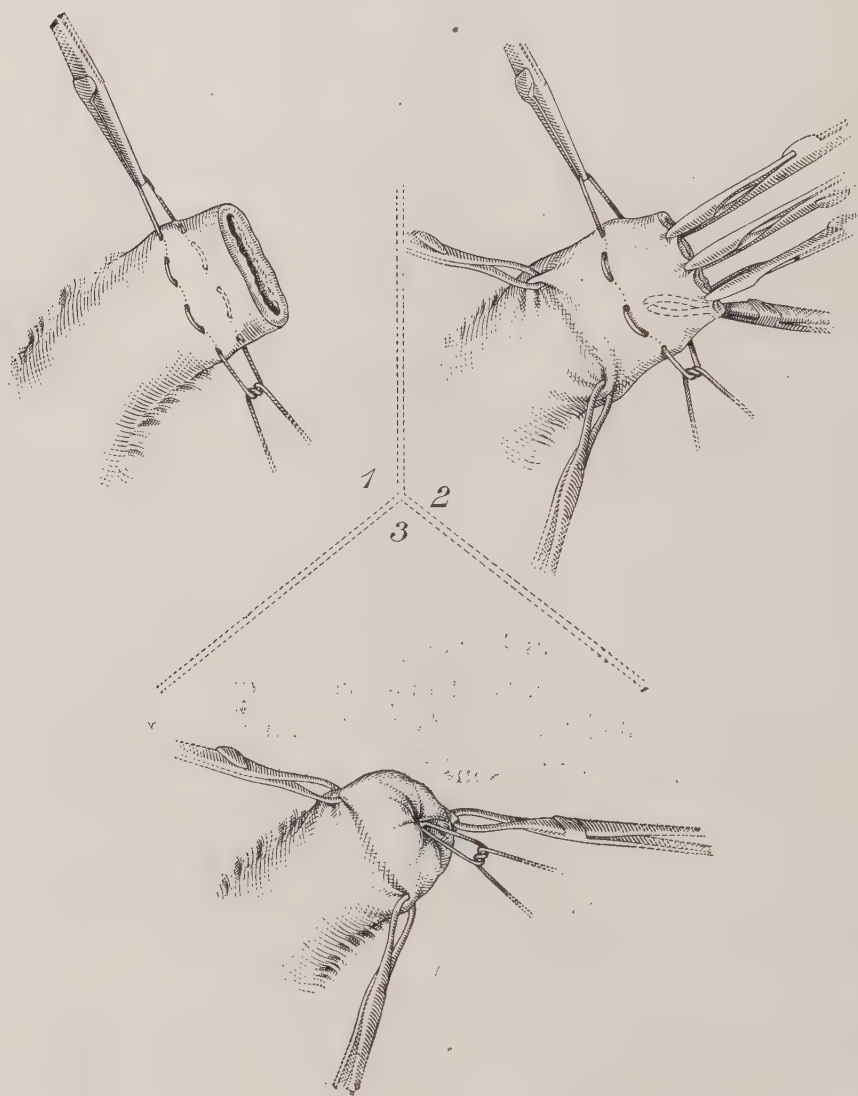


FIG. 6. — Fermeture du duodénum par le procédé de Th. de Martel.

- 1° Surjet séro-séreux fauflé autour de la manchette duodénale. Le nœud est amorcé, l'aide fait une anse au fil, à l'extrémité opposée au point de départ.
- 2° Avec des pinces sans griffes, l'aide invagine la manchette duodénale dans la lumière du tube duodénal.
- 3° L'anse a été lâchée et le nœud serré. Le duodénum est fermé.

Voici les principaux temps de cet acte opératoire :

On laisse en place la pince qui ferme provisoirement la section duodénale, puis on mobilise le duodénum de façon à disposer d'une manchette d'environ trois centimètres. A l'aide d'un fil monté sur une aiguille courbe, on faufile un surjet séro-séreux autour du duodénum, en ayant soin de faire ce surjet à un bon demi-centimètre au-dessous de la pince. Les points seront distants d'un centimètre et passés sur trois millimètres environ. Une fois arrivé au point diamétralement opposé à celui de départ, l'aide fait une anse au fil avec une pince. L'opérateur continue ensuite son surjet sur l'autre face du duodénum, en décrivant une seconde concavité analogue à la première. Revenu au point de départ, il noue sans serrer avec le début du surjet, de façon à amorcer la fermeture. L'aide enlève alors la pince à forcipressure. Puis au moyen de pinces sans griffes, prenant point d'appui sur trois pinces de CHAPUT, il invagine la manchette duodénale dans la lumière du tube duodénal, pendant que l'opérateur soutient l'anse et les deux chefs du nœud préparé à l'avance. On serre ensuite progressivement le nœud pendant que l'aide retire les pinces et lâche l'anse. Le duodénum est fermé. On n'a plus qu'à consolider par un plan de deux ou trois points séparés séro-séreux.

2. Fermeture au point de Connel.

On peut se contenter de fermer le duodénum par un plan total au point de CONNEL, qui présente l'avant-

tage d'enfourir automatiquement la muqueuse qu'il suture, rend le fil absolument invisible et ferme complètement la plaie (fig. 7). On pratique la suture de la brèche duodénale comme pour une suture gastrique.

La pince à forcipressure étant enlevée, l'aide maintient écartées les deux lèvres de la plaie avec des

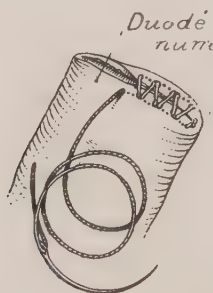


FIG. 7. — Fermeture du duodénum au point de Connel.

pincettes de CHAPUT. L'opérateur pratique le surjet enfouissant au point de CONNELL, de la façon suivante :

Après avoir saisi une des lèvres de la plaie à l'aide d'une pince à disséquer sans griffes, avec une aiguille enfilée on perfore cette lèvre de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, sans tirer complètement sur le fil. On pratique de la même manière sur l'autre lèvre, piquant toujours de dehors en dedans, puis de dedans en dehors. On tire ensuite complètement sur le fil et en serrant, les tranches de section s'invaginent vers l'intérieur de l'anastomose (fig. 8). On continue ainsi jusqu'à l'extrémité de la brèche duodénale.

Si le surjet a été bien fait le fil est invisible et on ne voit à l'extérieur que les deux séreuses accolées. Il

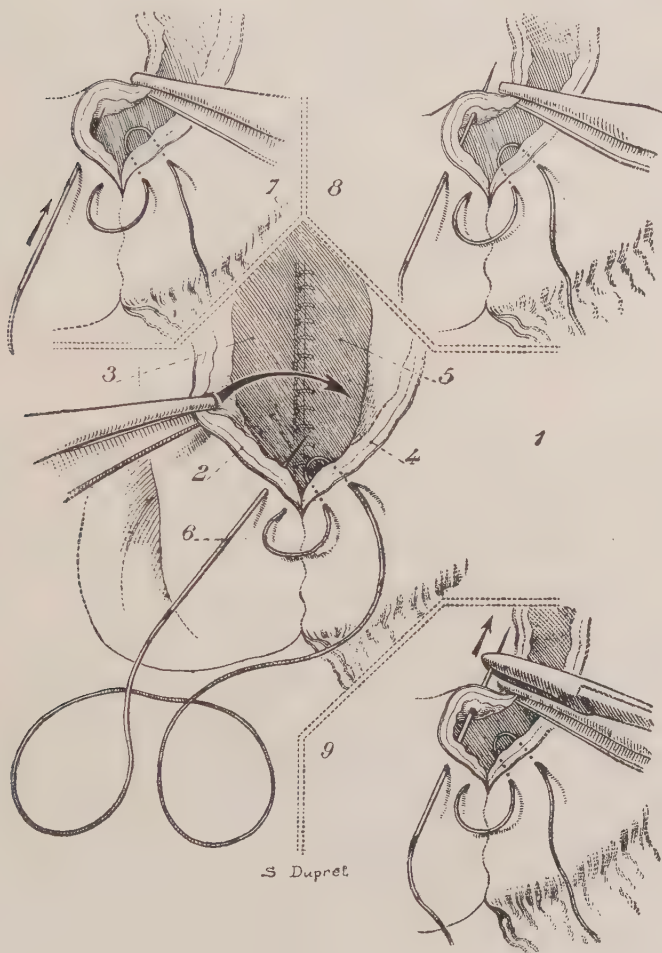


FIG. 8. — Exécution du point de Connell.

sera bon néanmoins, pour renforcer la solidité de la suture, de compléter par un plan séro-séreux aux points séparés.

3^o Procédé de Mayo.

Il consiste à faire une suture en passant des anses en pont au-dessus de la pince à forcipressure, qui maintient fermée la branche de section duodénale.

Toute la difficulté de ce procédé réside dans la bonne fermeture des angles antérieur et postérieur. Il faudra toujours commencer et terminer sa suture par un point vertical le premier passé de bas en haut et le dernier de haut en bas (fig. 9 à 12).

TEMPS ESSENTIEL DU PROCÉDÉ.

On saisit de la main gauche la pince écrasante qui maintient fermé le duodénum, tandis que de la main droite, à l'aide d'une aiguille enfilée demi-courbe, on passe un premier point vertical de bas en haut, séro-musculaire, sur le bord inférieur du duodénum, puis un deuxième point horizontal sur sa face antérieure à environ trois millimètres au-dessous de la pince. On fait ensuite exécuter un demi-tour à la pince et immédiatement on place un point horizontal symétrique au précédent sur la face postérieure du duodénum. Ceci fait, on tire sur le fil et une anse se forme au-dessus de la pince. On poursuit ainsi la suture en pratiquant une série de points horizontaux symétriques et non perforants parallèles à la pince. Chaque point sera distant du précédent d'un demi-centimètre et prendra environ trois millimètres de tissu. Arrivé à l'extrémité opposée au point de départ, on passera un dernier

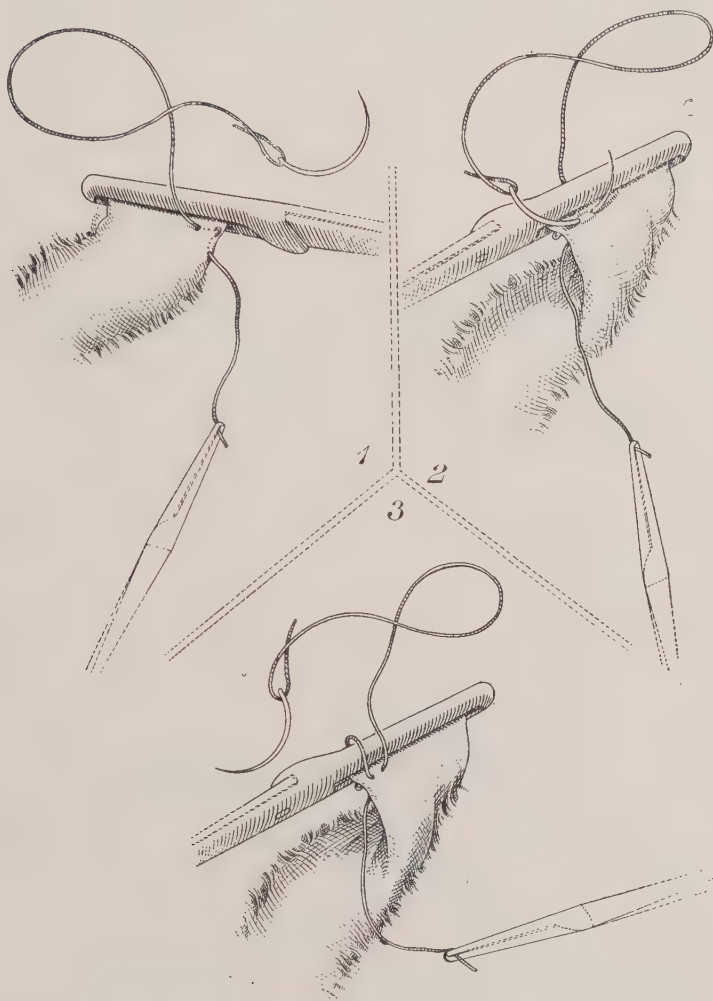


FIG. 9. — Fermeture du duodénum par le procédé de Mayo.

1° Premier point vertical séro-musculaire passé de bas en haut, sur le bord inférieur duodénal, suivi d'un point horizontal, placé sur la face antérieure au ras de la pince.

2° Un point horizontal symétrique au précédent est passé sur la face postérieure du duodénum.

3° Formation de la première anse au-dessus de la pince.

point vertical de haut en bas sur le bord supérieur du duodénum. Les points n'étant pas trop serrés sur

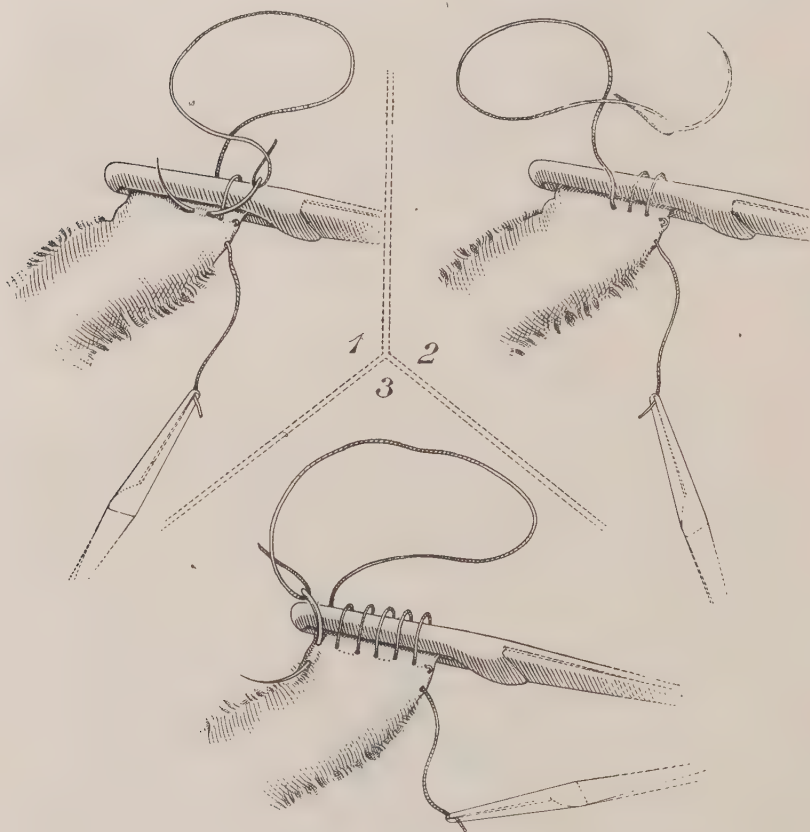


FIG. 10. — Fermeture du duodénum par le procédé de Mayo (*suite*).

1° et 2° Passage des points horizontaux symétriques et non perforants et formation des anses en pont au-dessus de la pince.

3° Dernier point de la suture : Point vertical séro-musculaire passé de haut en bas sur le bord supérieur du duodénum.

la pince, celle-ci sera retirée en glissant au-dessous des anses. L'opérateur n'aura plus qu'à serrer le surjet

en tirant sur les deux extrémités du fil. Si les points ont été placés bien symétriquement, les angles et les

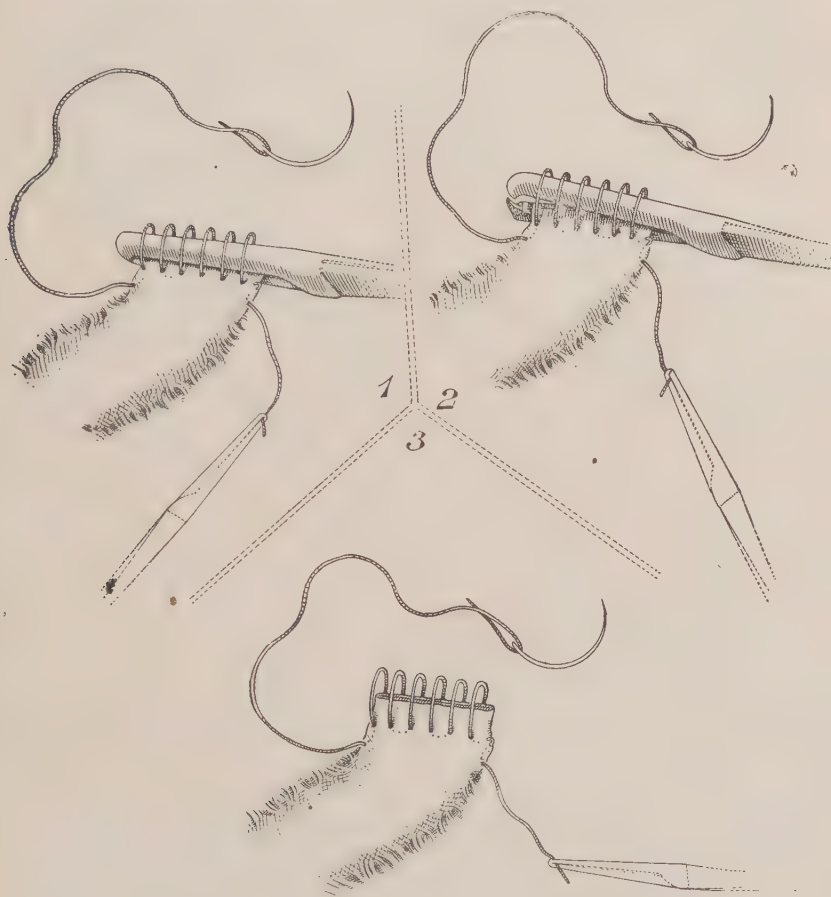


FIG. 11. — Fermeture du duodénum par le procédé de Mayo (suite).

1° Le surjet est achevé.

2° La pince est retirée en glissant au-dessous des anses.

3° Aspect du surjet une fois la pince enlevée.

tranches s'invagineront automatiquement. Avec le même fil on consolidera par un plan séro-séreux

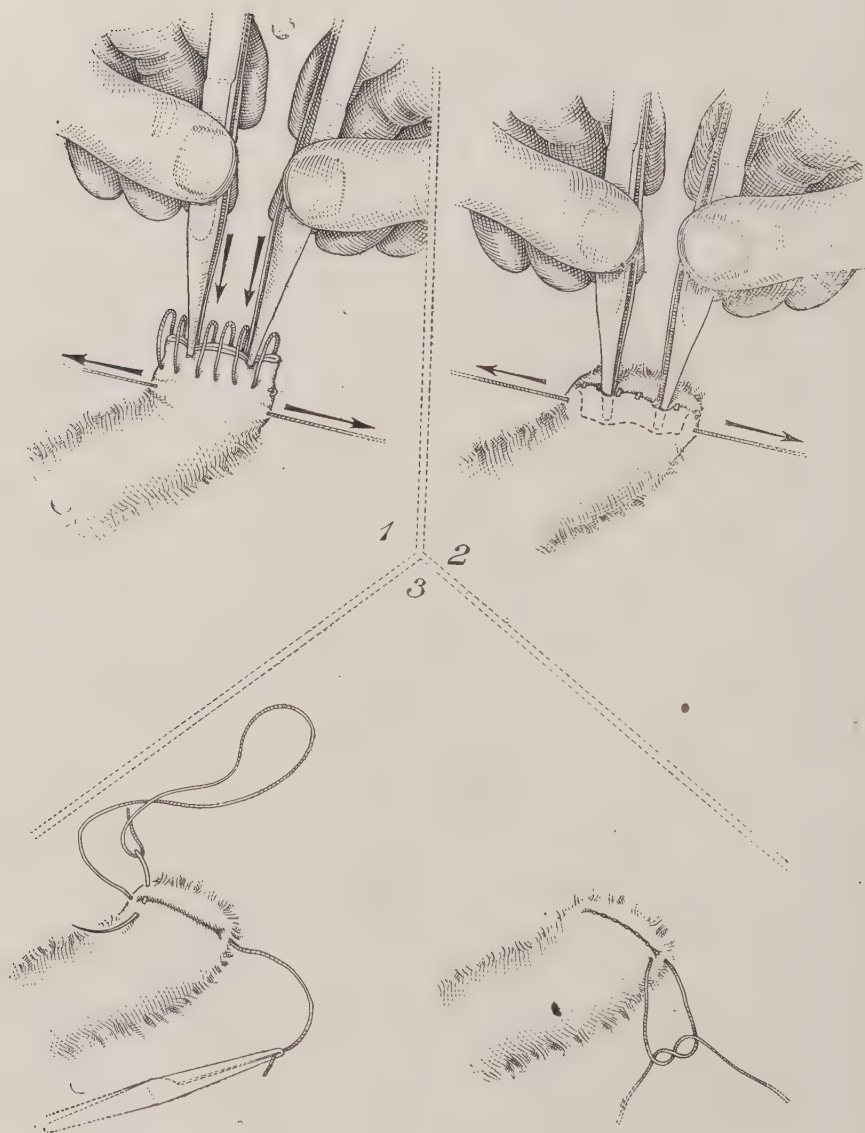


FIG. 12. — Fermeture du duodénum par le procédé de Mayo (*suite*).

- 1° L'aide enfouit la tranche duodénale avec deux pinces sans griffes.
- 2° L'opérateur tire en sens inverse sur les deux chefs du fil.
- 3° Consolidation de la suture par un plan séro-séreux exécuté avec le même fil. Nœud final.

d'enfouissement, qui sera arrêté en nouant les deux extrémités du fil.

Il peut cependant arriver que l'invagination ne se fasse pas d'elle-même. Dans ce cas l'aide enfouit la tranche duodénale avec des pinces sans griffes, pendant que l'opérateur serre progressivement les deux chefs du surjet. Si un doute subsiste sur la valeur du surjet, on fixera par deux ou trois points séparés un lambeau épiploïque de voisinage au-dessus de la suture. L'opérateur devra s'appliquer à soigner ses angles et à placer bien symétriquement ses points horizontaux, de façon à obtenir une bonne invagination des deux cornes et des deux lèvres de la plaie.

4^e Procédé de Cunéo.

Le professeur CUNÉO, a décrit en 1909, un procédé de fermeture du duodénum par plicature et enroulement. Ce procédé exige un duodénum bien étoffé et facilement mobilisable. En voici les temps principaux :

Après avoir extériorisé le duodénum, par un décollement rétro-duodéno-pancréatique pour obtenir un tube duodénal long, on pratique une plicature longitudinale du duodénum en invaginant la demi-circonférence postérieure de la section duodénale, dans la demi-circonférence antérieure.

L'opérateur place ensuite un point de repère réunissant le milieu des deux demi-circonférences, puis il exécute un surjet total dont chaque point traverse

les quatre lèvres de la surface de section plicaturée. Le duodénum est fermé.

Pour consolider la fermeture ainsi obtenue, on procède à l'enfouissement complet :

1° De l'extrémité suturée ;

2° De la zone de la face postérieure du duodénum dépourvue de péritoine. Cette zone non péritonisée, affecte après achèvement du surjet total, la forme d'un triangle isocèle dont le sommet répond à cette suture et la base à la limite du décollement duodéno-pancréatique. On exécute un surjet séro-séreux commençant au niveau de la base du triangle et réunissant ses deux bords.

On continue le surjet en recouvrant la suture totale qui sera invaginée à l'aide d'une pince.

La fermeture du duodénum est ainsi consolidée par une suture séro-séreuse solide.

*
* * *

Grâce à ces divers procédés on obtiendra une occlusion parfaite du duodénum. Si l'opérateur les exécute avec soin, il n'aura pas à redouter de ruptures ou de fistules duodénales post-opératoires. « L'insuffisance de la suture duodénale est une cause fréquente d'insuccès » (CUNÉO).

Il faut cependant faire remarquer que ce sont là les fermetures duodénales qui présentent le moins de difficulté dans l'exécution, le duodénum étant sain, long, facilement mobilisable et son tissu souple et non friable.

B. — LE DUODÉNUM EST ULCÉRÉ

En présence d'un ulcus duodénal, l'opération de choix est la résection duodéno-gastrique (fig. 13-14).

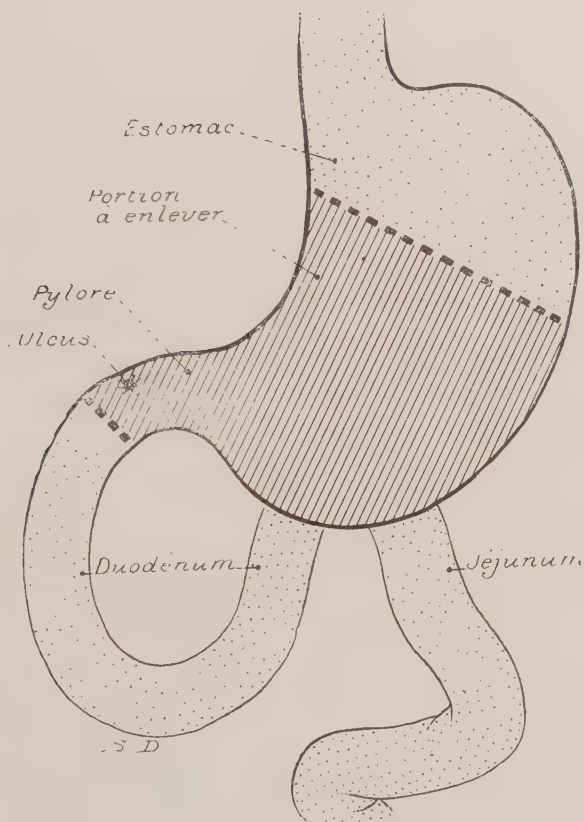


FIG. 13. — Résection duodéno-pyloro-gastrique.
Opération de choix.

C'est la plus difficile de la chirurgie gastro-intestinale. On la pratiquera dans tous les cas d'ulcus duo-

dénal s'accompagnant d'hyperacidité. « Supprimant l'ulcus et diminuant la sécrétion chlorhydrique » (MOPPERT) la gastrectomie peut seule assurer la cure radicale des ulcères graves et hyperacides.

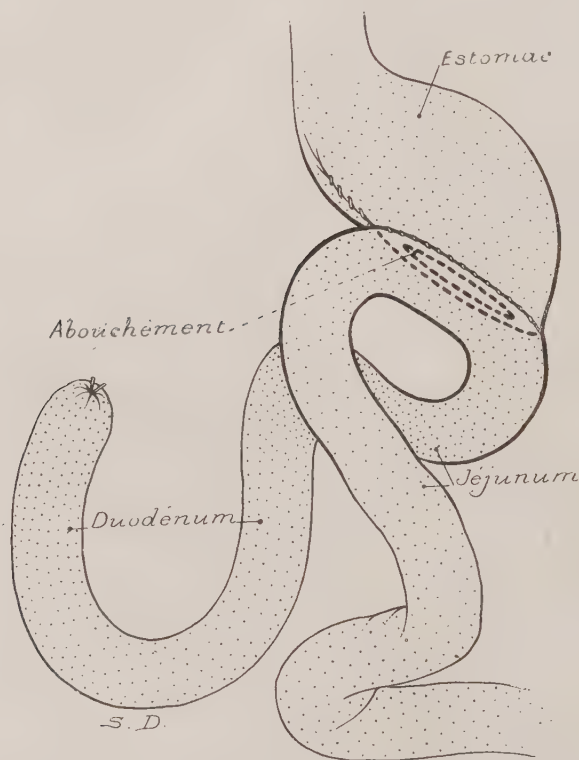


FIG. 14. — Résection duodéno-pyloro-gastrique.
Anastomose à la Polya. Procédé de choix.

Nous avons exposé au début les nombreux avantages que présente ce procédé opératoire, ainsi que les inconvénients de la gastro-entérostomie. Nous n'y reviendrons pas. Nous ferons toutefois remarquer que

dans l'ulcus duodénal, la gastro-entérostomie peut être pratiquée dans les cas suivants :

Premièrement. — S'il y a acidité normale ou hypochlorhydrie ;

Deuxièmement. — Si l'ulcus est en évolution avec réaction inflammatoire rendant l'exérèse impossible ;

Troisièmement. — Chez les sujets débilités, tarés, obèses ou peu résistants.

Les résultats donnés par la gastro-entérostomie pour ulcus duodénal sont acceptables, un chirurgien peu entraîné à la chirurgie gastrique devra s'en contenter.

« Sur 100 ulcus duodénaux traités par la gastro-entérostomie simple, 70 guérissent complètement et définitivement. Ceux qui ne guérissent pas, correspondent à des cas très hyperacides, à des cas où l'opérateur a méconnu une vésicule calculeuse, un ulcus gastrique, une stase intestinale chronique » (Victor PAUCHET).

Si on fait une gastrectomie (Polya ou Bilroth II) on devra encore fermer le duodénum. Cette fermeture sera beaucoup plus difficile que dans la gastrectomie pour ulcus gastrique.

En effet, dans le cas de « maladie ulcéreuse » du duodénum, celui-ci est court, enflammé, peu mobilisable. Sa paroi postérieure est souvent adhérente au pan-réas, son étoffe est faible et friable, d'où difficulté pour obtenir une suture solide et durable.

« C'est un des temps les plus délicats de l'opération, « peut-être celui qui demande le plus de patience et « d'ingéniosité » (Victor PAUCHET).

PROCÉDÉS DE FERMETURE DU DUODÉNUM

1^o **Ulcus duodéno-pylorique.**

Lorsque l'ulcus a son siège près du pylore, le duodénum est long et son tissu relativement sain.

L'opérateur place une pince en pleine zone malade, afin d'obtenir l'écrasement de l'ulcus.

Puis au bistouri il pratique sur le bord duodéal de l'ulcère, en plein tissu sain, une incision circulaire de la séreuse et de la musculuse, jusqu'à la muqueuse qui est respectée. Un petit manchon muqueux est alors formé. On l'exteriorise du restant du duodénum. L'opérateur le lie avec un fil de lin et le sectionne au bistouri électrique ou au thermocautère au-delà de la ligature. On enfouit ensuite le manchon muqueux sous une bourse séreuse pratiquée comme dans le procédé de Th. DE MARTEL. On consolidera la suture par une épiploplastie (fig. 15-16).

Cette fermeture se pratique en général assez aisément car l'étoffe duodénale est suffisante pour faire une bourse séreuse.

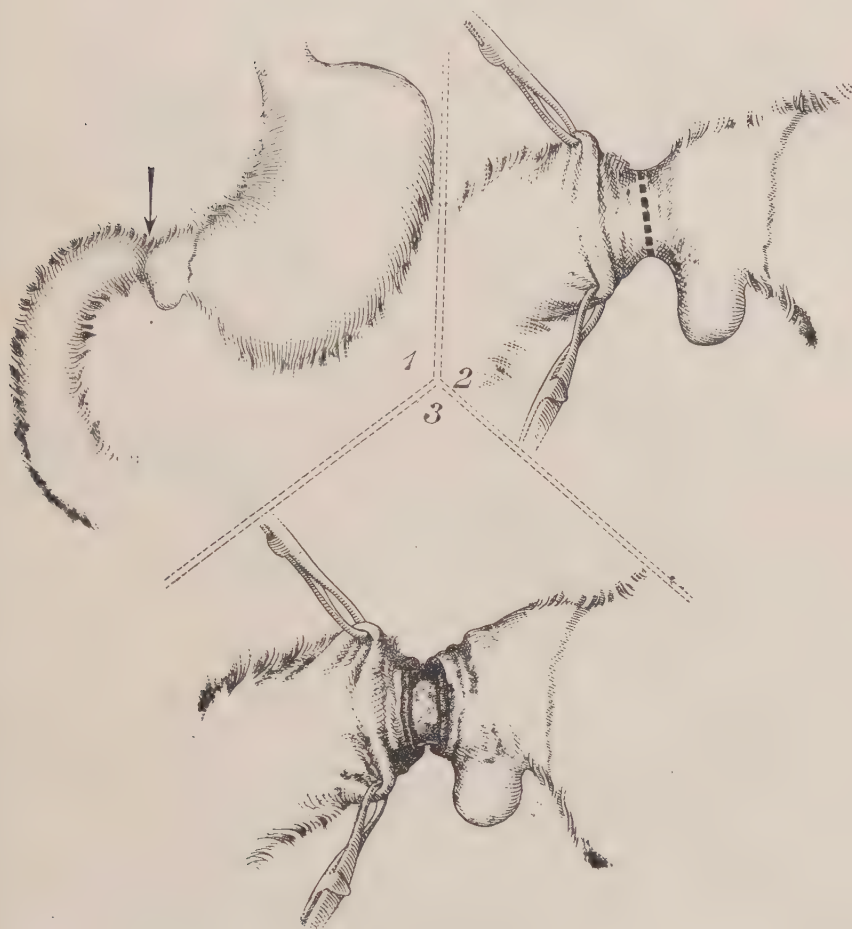


FIG. 15. — Ulcère duodéno-pylorique. Section du duodénum.

1° La flèche indique le sillon de rétrécissement existant sur le bord duodénal de l'ulcère.

2° Incision de la séro-musculaire dans le sillon de rétrécissement.

3° La séro-musculaire est incisée, la muqueuse respectée.

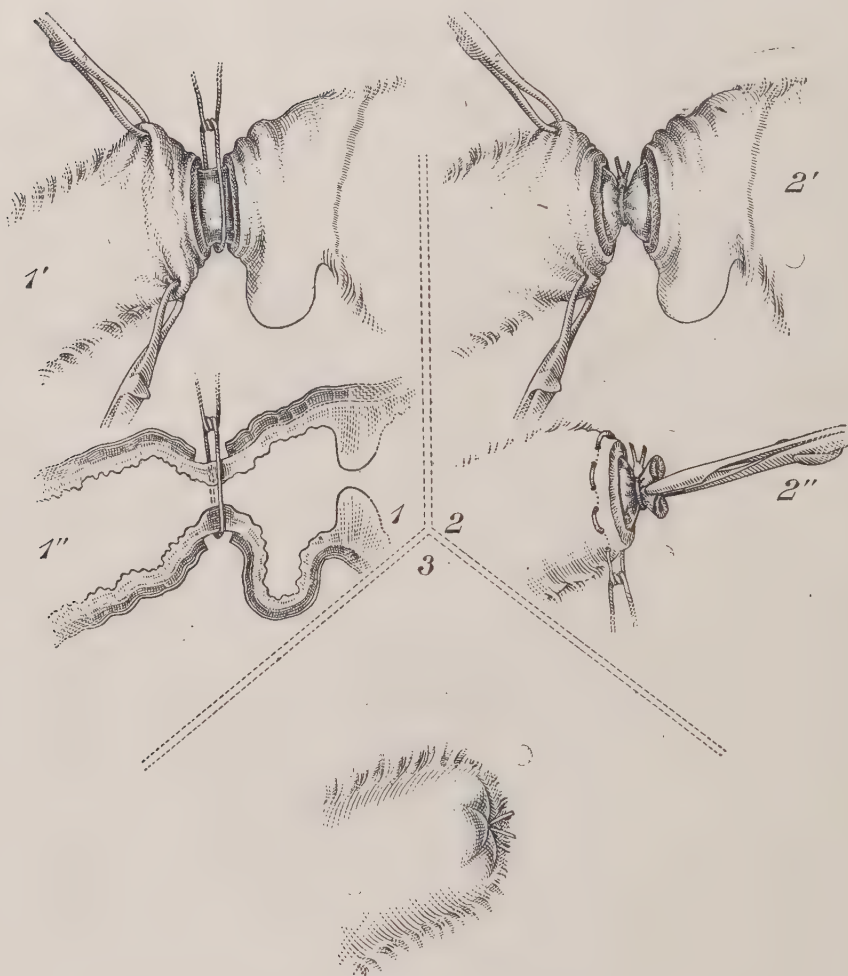


FIG. 16. — Ulcère duodéno-pylorique. Fermeture du duodénum.

- 1° Un fil est passé autour du manchon muqueux.
- 2° On lie le manchon muqueux, puis on le sectionne au bistouri électrique. Une bourse séreuse est préparée à quelques millimètres du bord de section de la séro-musculaire.
- 3° Le moignon muqueux est enfoui sous la bourse séreuse, comme un appendice.

2° Ulcère duodénal proprement dit.

a) ULCÈRE NON TÉRÉBRANT DANS LE PANCRÉAS.

Il en sera tout autrement si l'ulcère siège sur la portion libre du duodénum. On ne pourra plus isoler de manchette et le procédé de Th. de MARTEL sera irréalisable. On fera alors un plan total au point de CONNEL, que l'on consolidera par un plan séro-séreux aux points séparés enfouissant le précédent.

b) ULCÈRE TÉRÉBRANT DANS LE PANCRÉAS.

C'est la fermeture la plus difficile à réaliser.

L'ulcus ayant été coupé en plein pancréas et ses parois étant souvent épaissies et indurées, on tentera de disséquer une manchette que l'on fermera en deux plans exécutés tous deux aux points séparés, le second séro-séreux enfouissant le premier. Une large épiploplastie consolidera les sutures (fig. 17 à 20).

Si l'on n'a pu disséquer assez loin la manchette, ou si cette dernière est trop courte, on pourra craindre que le second plan séro-séreux soit insuffisant. On pratiquera alors de la façon suivante :

On fera un premier plan total au point de CONNEL ou aux points séparés et on complètera par des points séparés traversant successivement la séro-muscleuse de la face antérieure du duodénum et la portion de pancréas scléreux avoisinant la suture. En serrant les fils, la face antérieure du duodénum viendra s'ap-

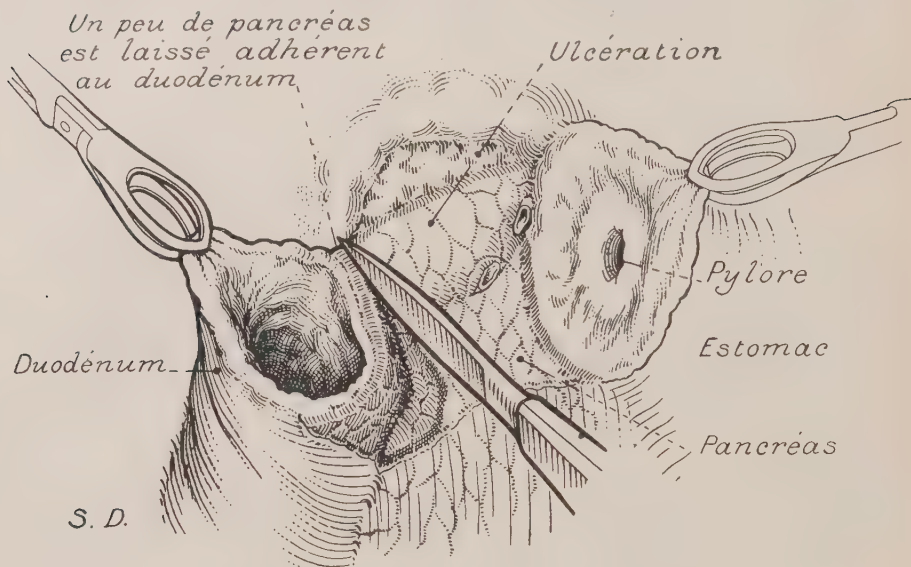


FIG. 17. — Ulcère duodénal. Résection duodéno-gastrique.
Fermeture du duodénum.

Dissection d'une manchette duodénale en plein tissu pancréatique scléreux.

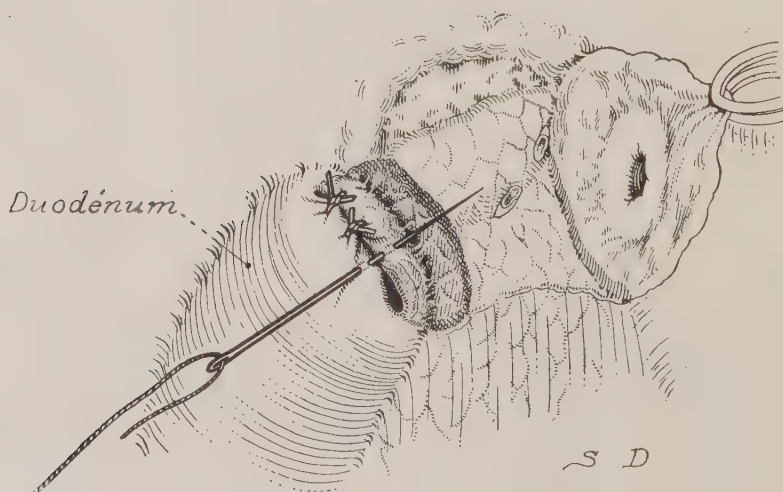


FIG. 18. — Ulcère duodénal. Résection duodéno-gastrique.
Fermeture du duodénum.

Exécution d'un premier plan de suture aux points séparés.

plier sur le pancréas, enfouissant sous elle le premier plan de suture. On consolidera par une large épiploplastie (fig. 21).

La fermeture rencontre encore de très grandes difficultés quand le duodénum est sectionné en plein



FIG. 19. — Ulcère duodénal. Résection duodéno-gastrique.
Fermeture du duodénum.
Un deuxième plan séro-séreux enfouit le précédent.

tissu inflammatoire. Il est alors impossible d'isoler ses parois. Dans ce cas, la paroi gauche est représentée par le pancréas plus ou moins ulcéreux. La paroi droite du duodénum ne peut être amenée en contact avec la paroi opposée, qu'à condition de n'exercer sur elle qu'une faible traction, sinon on déchire. Si même on y parvenait, on serait obligé de pratiquer une suture, muqueuse contre muqueuse,

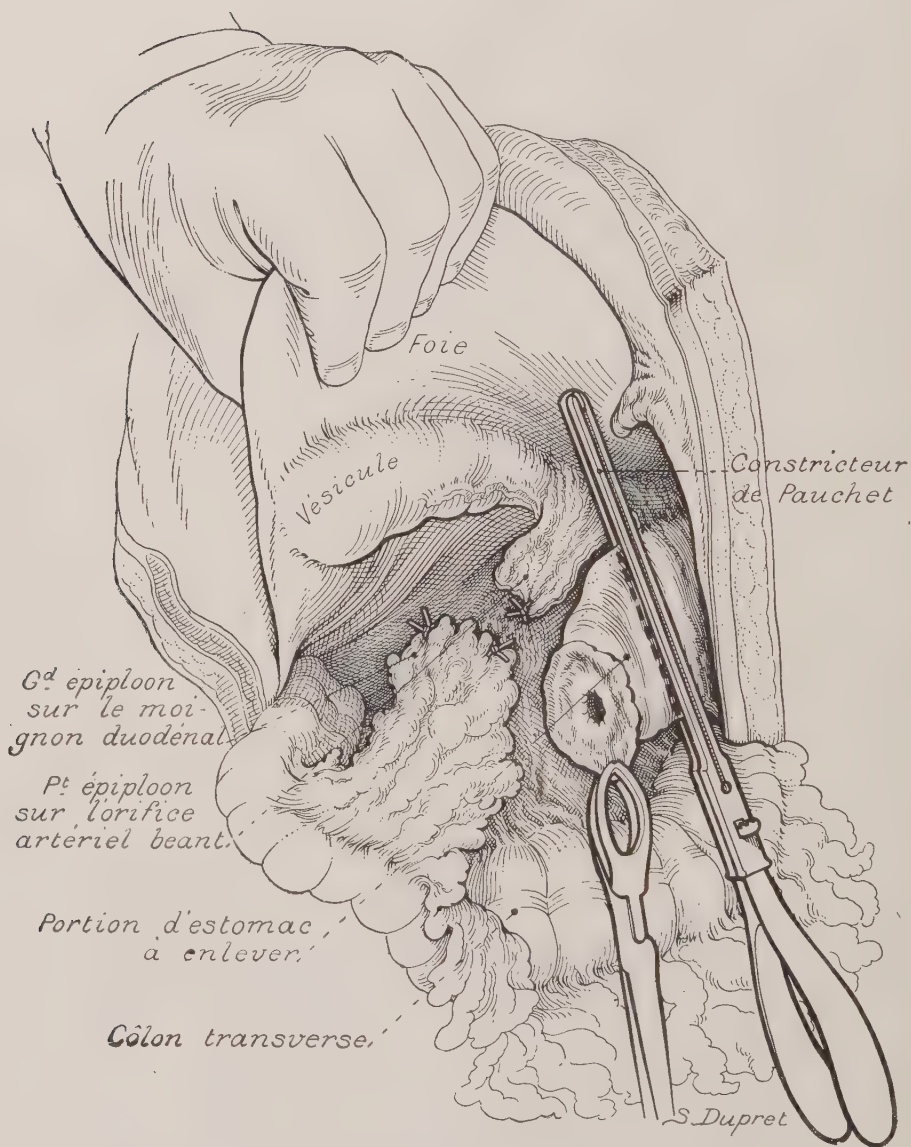


FIG. 20. — Ulcère duodénal. Résection duodéno-gastrique.
Fermeture du duodénum.
Epiploplastie consolidant les sutures.

qui ne pourrait donner de bonnes cicatrices et amènerait sûrement un lâchage de la suture quelques jours après l'intervention. Donc rupture duodénale certaine.

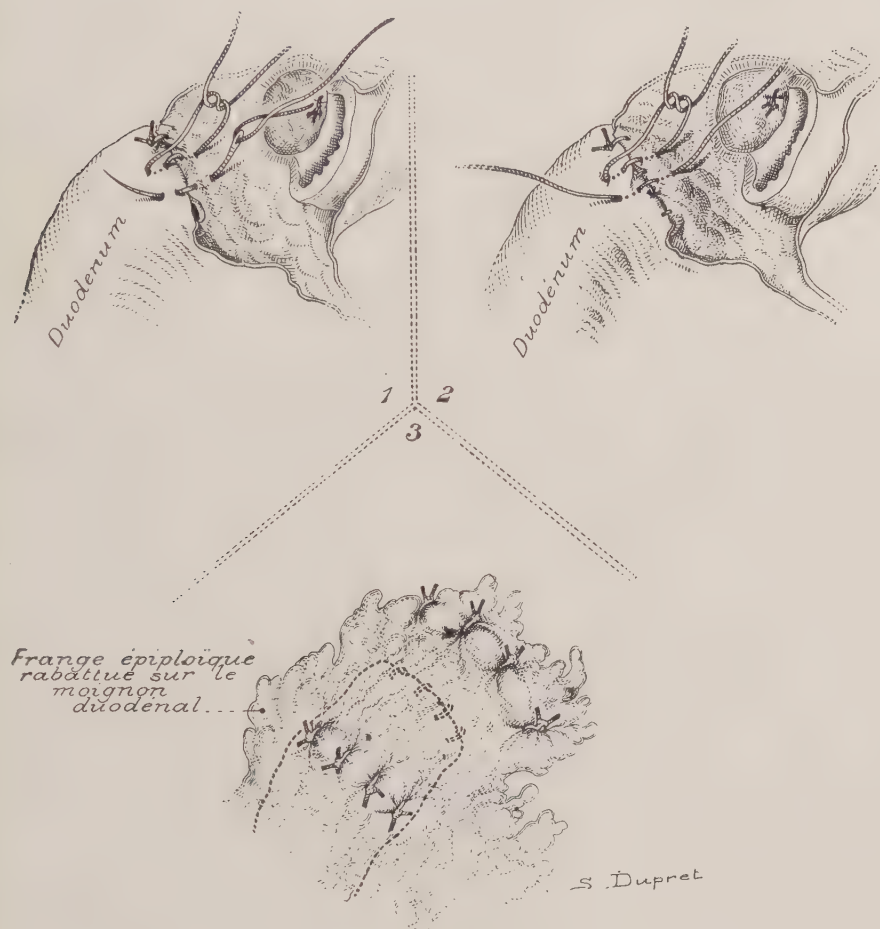


FIG. 21. — Ulcère duodénal. Résection duodéno-gastrique.
Fermeture du duodénum.

La manchette n'a pu être disséquée assez loin.

1° Plan total profond.

2° Plan antérieur : points séparés traversant successivement la séro-musculaire de la face antérieure du duodénum et le pancréas.

3° Epiploplastie large renforçant les sutures duodénales.

On sera alors amené à pratiquer le procédé de fermeture suivant :

Pour obtenir une suture de plan séro-musculaire sur plan séro-musculaire, sans intermédiaire de muqueuse, on pratiquera l'abrasion de cette muqueuse (fig. 22).

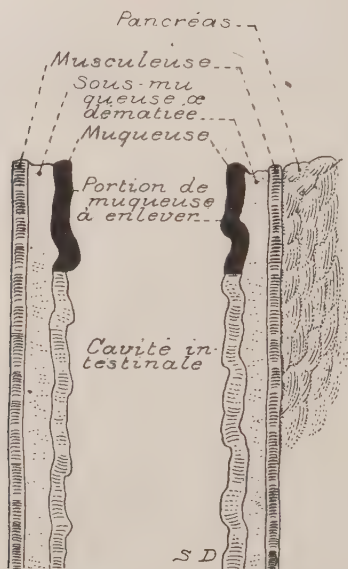


Fig. 22. — Ulcère duodéal. Résection duodéno-gastrique. Fermeture du duodénum.

Ce schéma montre la portion de muqueuse qui doit être abrasée afin de pouvoir réaliser une suture de plan séro-musculaire contre plan séro-musculaire.

L'opérateur, à l'aide d'un bistouri ou de ciseaux fins, excisera sur le pourtour total du tube duodéal une collerette de muqueuse d'environ un centimètre de hauteur. On possèdera ainsi un manchon séro-musculaire dont il sera alors possible de pratiquer la fermeture par l'accolement des surfaces cruentées.

On passera quelques points séparés qui traverseront successivement la séro-muscleuse de la face antérieure, puis la séro-muscleuse de la face postérieure du duodénum et le pancréas. Les fils seront serrés et les deux surfaces dépouillées de muqueuse viendront s'accoler sur une hauteur d'environ un centimètre. On ramènera une frange d'épiploon au devant de la suture et on la fixera par quelques points passant dans l'intervalle des précédents (fig. 23).

« Ce procédé de fortune, de nécessité, donne rarement des fistules malgré son insuffisance apparente. » (V. PAUCHET.)

On peut également se contenter de ne supprimer la muqueuse duodénale que sur la face pancréatique du duodénum. On appliquera alors sur la surface cruentée, la face séreuse de la paroi duodénale droite et on complètera l'occlusion par une épiploplastie.

On pourra si possible, au lieu d'appliquer les deux surfaces cruentées l'une contre l'autre, essayer de les invaginer (fig. 24). Voici de quelle manière on y parviendra :

On passera un premier point séparé vertical et non perforant, traversant d'abord la séro-muscleuse de la face antérieure de bas en haut, puis la séro-muscleuse de la face postérieure de haut en bas et le pancréas. Ce point sera passé à un centimètre du bord de section duodénale et sur trois millimètres environ. Quatre ou cinq points séparés seront ainsi passés. On n'aura plus ensuite qu'à serrer les fils et

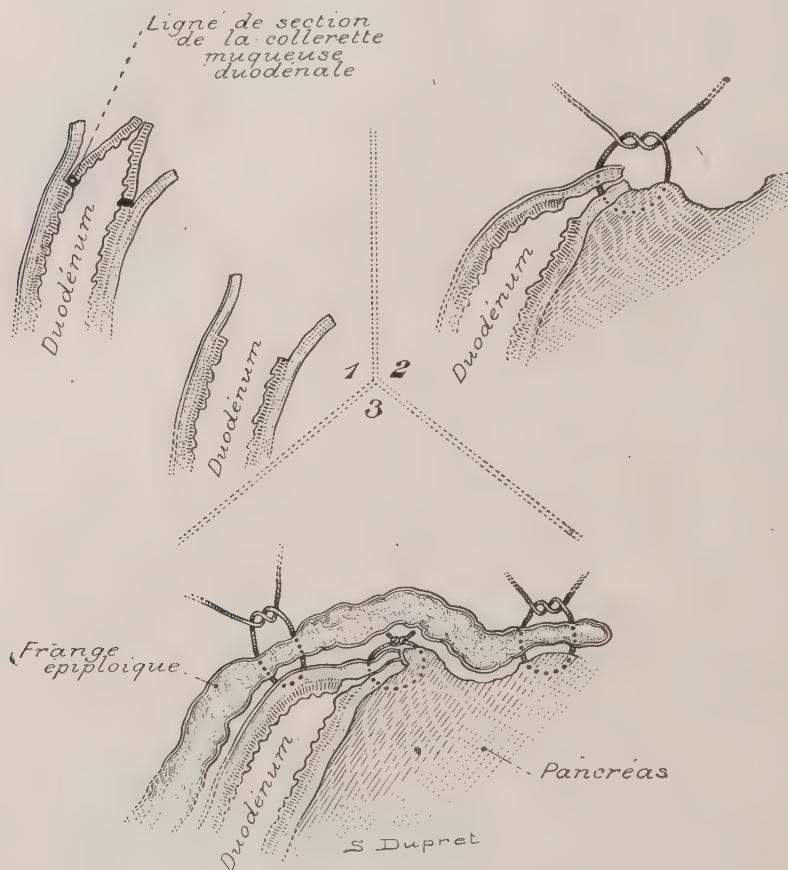


FIG. 23. — Ulcère duodénal. Résection duodéno-gastrique.
Fermeture du duodénum.

1° Excision d'une collerette de muqueuse sur le pourtour total du tube duodénal.

2° Point séparé traversant successivement les deux faces duodénales et le pancréas.

3° Consolidation par une frange d'épiploon.

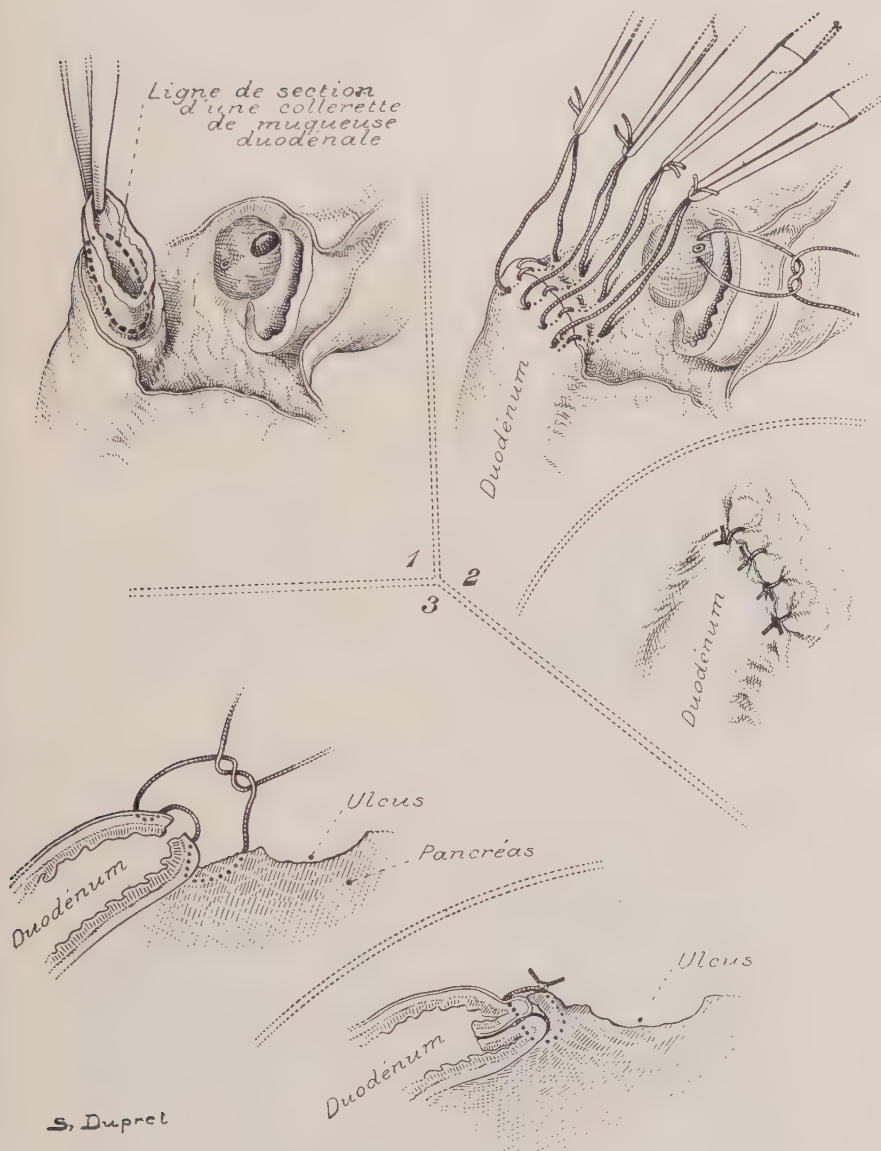


FIG. 24. — Ulcère duodénal. Résection duodéno-gastrique.
Fermeture du duodénum.

- 1° La collerette de muqueuse préalablement disséquée est enlevée.
- 2° Passage des fils de fermeture.
- 3° Schéma montrant comment doit être passé un des points de la suture pour obtenir l'invagination des faces duodénales et le rabattement du pancréas sur la fermeture.

les lèvres de la plaie s'invagineront dans la cavité duodénale en même temps que le pancréas se rabattra sur le tout. On consolidera les sutures par une large épiploplastie.

On pourra également appliquer la face séreuse de la paroi duodénale antérieure contre le pancréas, en invaginant son bord libre dans la lumière duodénale.

Procédé de Pauchet et Le Gac.

Dans le cas d'ulcus pylorique ou duodéal, Victor PAUCHET et LE GAC pratiquent souvent le procédé de fermeture suivant :

Après hémostase préventive on sectionne le duodénum obliquement ou plus exactement en biseau. L'incision part du bord duodéal de l'ulcus et remonte vers l'estomac. Elle permet d'obtenir une languette de tissu souple qui est ensuite invaginée dans la lumière du tube duodéal. Un cône d'invagination est ainsi constitué.

Puis on ferme le duodénum par des points séparés séro-musculaires, non perforants, passés successivement sur la face antérieure et sur la face postérieure duodénales.

On consolidera les sutures par un plan séro-séreux d'entoussissement (surjet ou points séparés).

Dans le cas d'ulcus duodéal térébrant dans le pancréas, ce dernier épaissi et sclérosé sera pris dans la suture (fig. 25).

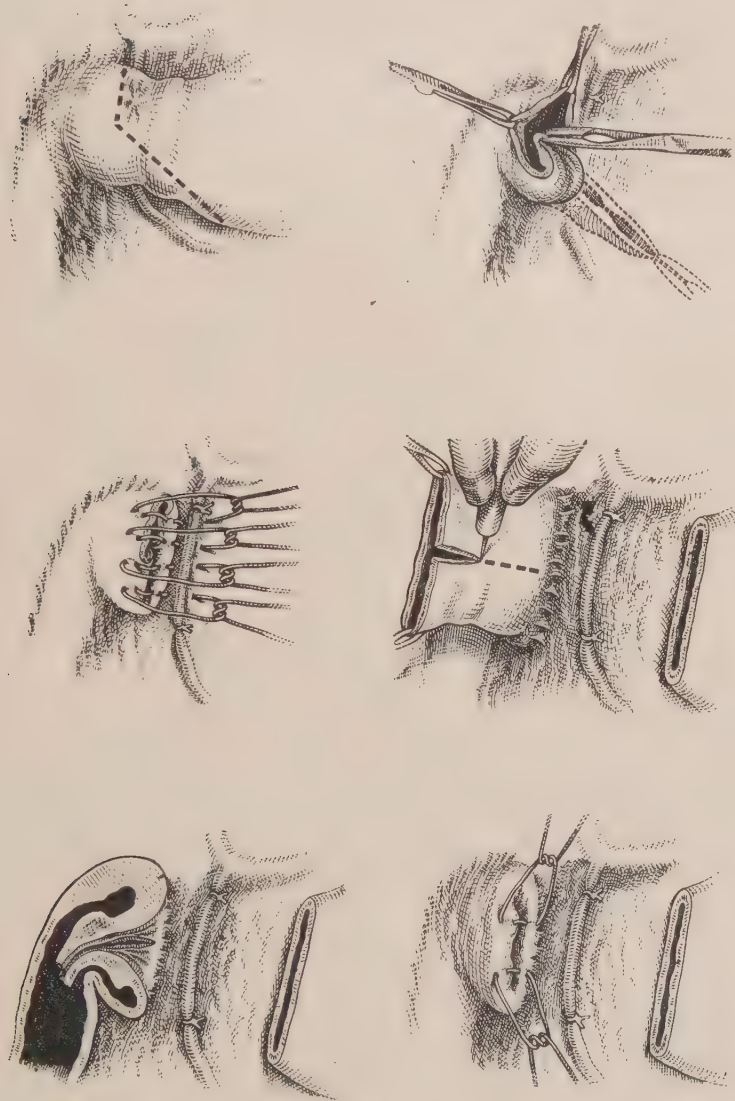


FIG. 25. — Procédé de Pauchet-Le Gac.

La fermeture duodénale achevée on terminera l'intervention par l'anastomose suivant les procédés de « Polya » ou de « Bilioth II ».

« On peut dire qu'une fois le duodénum fermé, l'opération est terminée ». (Victor PAUCHET.)

CHAPITRE III

LA JÉJUNO-JÉJUNOSTOMIE

La jéjuno-jéjunostomie

AVANTAGES

C'est toujours le lâchage du moignon duodéal qui est la cause des péritonites post-opératoires. Th. DE MARTEL, croit que la déhiscence des sutures duodénales tient à deux causes :

- 1° A la mauvaise fermeture du duodénum :
- 2° A la gêne de l'évacuation duodénale.

Donc, si le duodénum a été bien fermé, on n'aura à redouter qu'un minimum de complications (ruptures et fistules).

Pour se mettre à l'abri des ruptures et fistules du duodénum, il faudra non seulement pratiquer une excellente fermeture duodénale, mais également empêcher le reflux des liquides gastriques vers le cul-de-sac duodéal, lequel dans « le Polya » en particulier, peut être provoqué par une coudure constituée au niveau de l'angle formé par l'anastomose et l'anse jéjunale efférente. Le reflux duodéal provoquant la mise en tension de la suture, la menacerait sérieusement pendant les jours suivant l'intervention.

D'autre part, l'accumulation des liquides dans le

duodénum se transformerait progressivement en stase duodéno-jéjunale, extrêmement dangereuse pour la suture duodénale. C'est pourquoi il est nécessaire d'éviter toute gêne dans l'évacuation du contenu duodénal.

Si on a pratiqué l'anastomose à anse longue, une torsion de l'anse jéjunale afférente pourra également se produire. Cette torsion ayant pour effet de favoriser la sténose duodénale par accumulation des liquides de sécrétion, provoquerait aussi la formation d'une cavité close favorisant l'exaltation de la virulence microbienne également dangereuse pour la suture.

Pour éviter ces dangereux incidents post-opératoires — causes des ruptures ou fistules duodénales — on devra toujours, de préférence dans le « Polya » ou « le Bilroth II », pratiquer l'anastomose à anse courte. Si celle-ci est impossible ou que le moindre doute existe sur la valeur de la fermeture duodénale ou encore si le jéjunum est étroit, on devra après anastomose, drainer les liquides gastriques par une anastomose latéro-latérale des deux anses jéjunales. On évitera ainsi le reflux des liquides gastriques de l'anse jéjunale afférente vers le cul-de-sac duodénal. Reflux qui est à l'origine de la stase et de la dilatation duodénales post-opératoires, toujours responsables du lâchage de la suture.

La jéjuno-jéjunostomie, souvent pratiquée dans le service de notre maître le professeur DE BUTLER D'ORMOND, a toujours donné d'excellents résultats. Elle contribue à améliorer le pronostic de la gas-

trectomie par les procédés de « Polya » ou « de Bilioth II ». Avec elle, les ruptures et fistules duodénales deviennent une complication rare de la gastrectomie.

TECHNIQUE

La jéjuno-jéjunostomie consiste en une anastomose latéro-latérale des deux anses jéjunales (fig. 26). Cette anastomose peut se pratiquer soit à l'aide d'un bouton dit de Villar, soit à l'aide d'un bouton dit de Jaboulay, soit encore en deux plans séro-séreux et total, comme une anastomose ordinaire.

1^o Anastomose au bouton.

a) JÉJUNO-JÉJUNOSTOMIE AU BOUTON DE VILLAR.

L'anastomose sera placée à dix centimètres environ en dessous de la bouche gastrique. Après avoir bien exactement repéré son futur emplacement (fig. 27), l'opérateur faufile sur chacune des deux anses jéjunales et bien en face l'un de l'autre deux surjets aller et retour et non perforants de façon à préparer une petite bourse séreuse circulaire. Il noue ensuite séparément chaque surjet sans serrer complètement les deux chefs du fil afin d'amorcer le nœud. Puis il incise sur une longueur d'environ trois centimètres la séro-musculaire dans chaque portion de jéjunum, circonscrite par la bourse séreuse. Dans ce temps opératoire on aura soin de

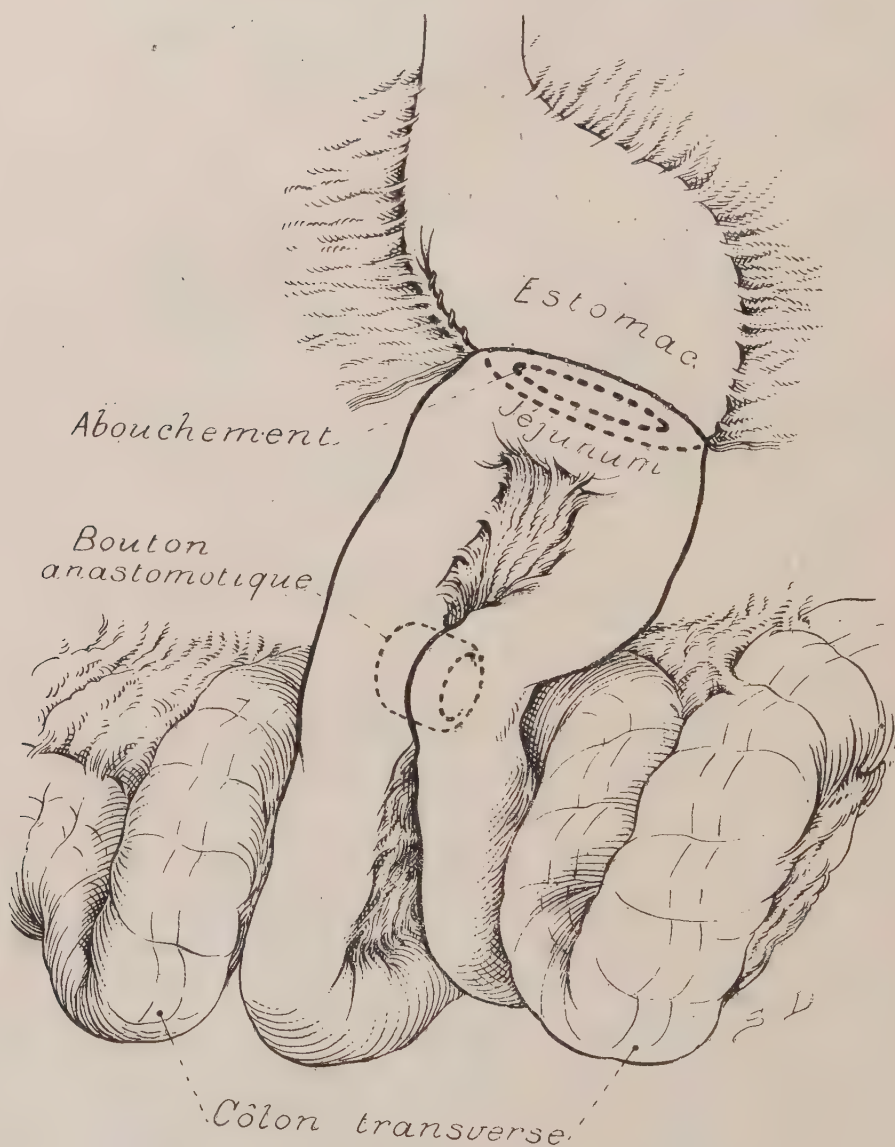


FIG. 26. — Anastomose à la Polya et jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton.

bien respecter la muqueuse. Celle-ci sera ensuite perforée à l'aide d'une pince de KOCHER fermée. La pointe de la pince ayant pénétré dans la cavité jéjunale, on ouvrira cette pince afin de déplisser la muqueuse et pour élargir l'orifice. On n'aura plus qu'à introduire dans chacun des orifices ainsi formé la pièce correspondante. Le demi-bouton le plus lourd sera placé dans l'anse efférente, pour lui permettre de tomber naturellement quand il se détachera quelques jours après l'intervention, entraînant avec lui l'autre demi-bouton moins lourd.

L'opérateur achève le nœud amorcé et chacun des fils de chaque bourse séreuse est serré autour du collet du bouton. On termine par l'introduction de la pièce mâle dans la pièce femelle jusqu'à coaptation complète (fig. 28 à 34).

On évitera de traumatiser l'intestin pendant la coaptation des deux parties du bouton, laquelle exige parfois une pression un peu forte. Pour réduire ce traumatisme au minimum, il suffira d'interposer une compresse entre les doigts de l'opérateur et les tuniques intestinales. Si la coaptation semble imparfaite ou douteuse, on exécutera sur le pourtour du bouton un surjet séro-séreux de consolidation prenant les deux anses jéjunales.

Le bouton s'éliminera une dizaine de jours environ après l'intervention.

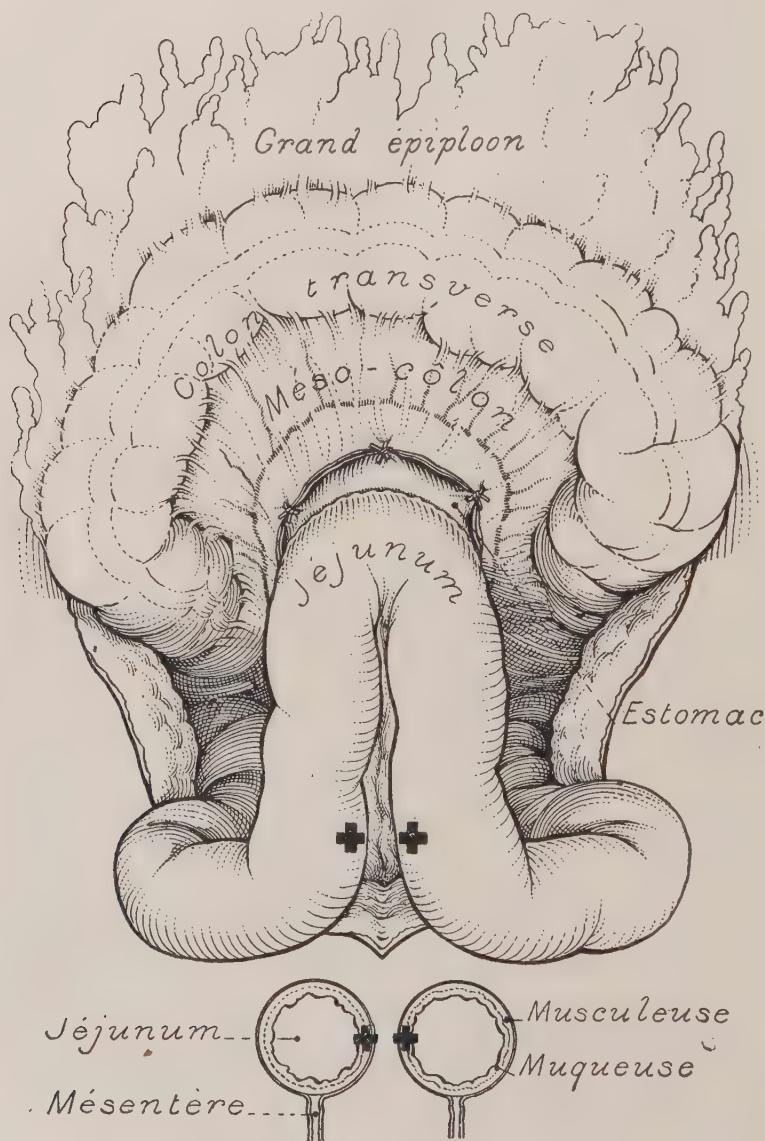


FIG. 27. — Anastomose à anse longue.†

Les croix indiquent l'endroit où doit être placée la jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

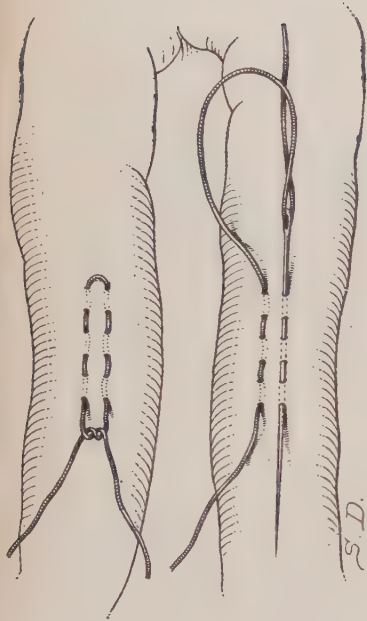


FIG. 28. — Jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton de Villar.

Exécution de deux bourses séreuses à l'emplacement de la future anastomose. On noue le fil sans le serrer.

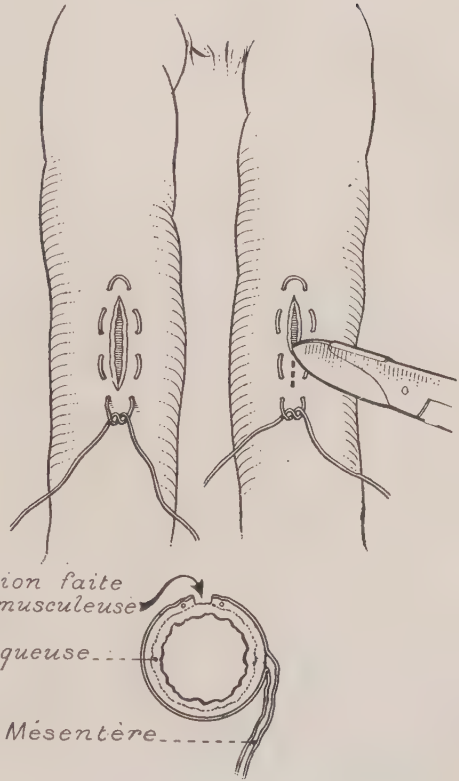


FIG. 29. — Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Villar.

Incision au bistouri de la séro-musculaire circonscrite par la bourse séreuse. La muqueuse est respectée.

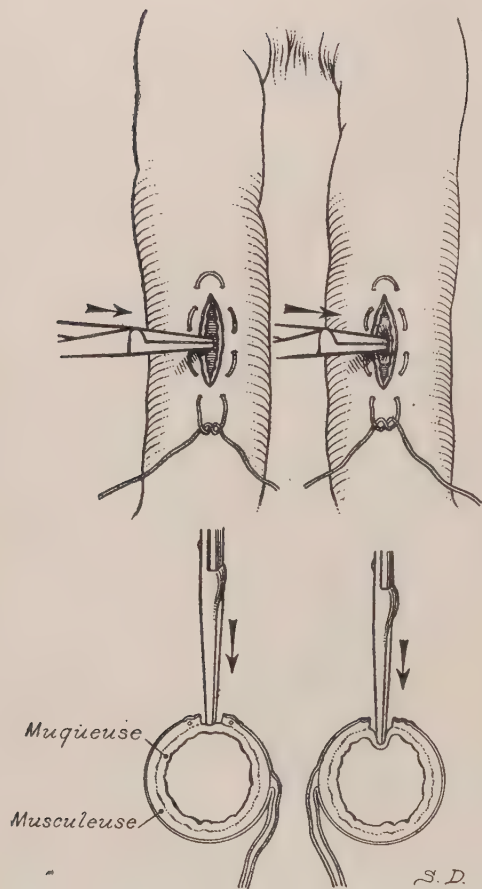


FIG. 30. — Jéuno-jéjunostomie au bouton de Villar.

Perforation de la muqueuse à l'aide d'une pince de Kocher fermée.

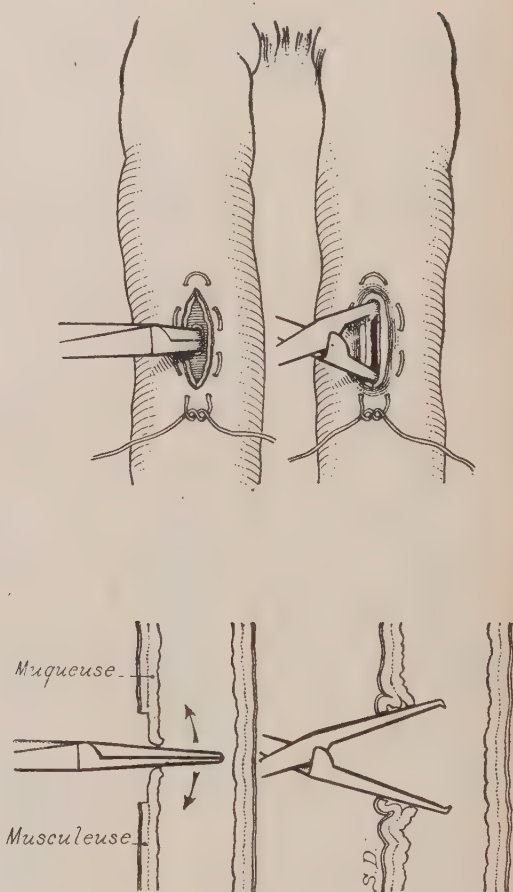


FIG. 31. — Jéuno-jéjunostomie au bouton de Villar.

Dilatation de l'orifice muqueux par ouverture de la pince.

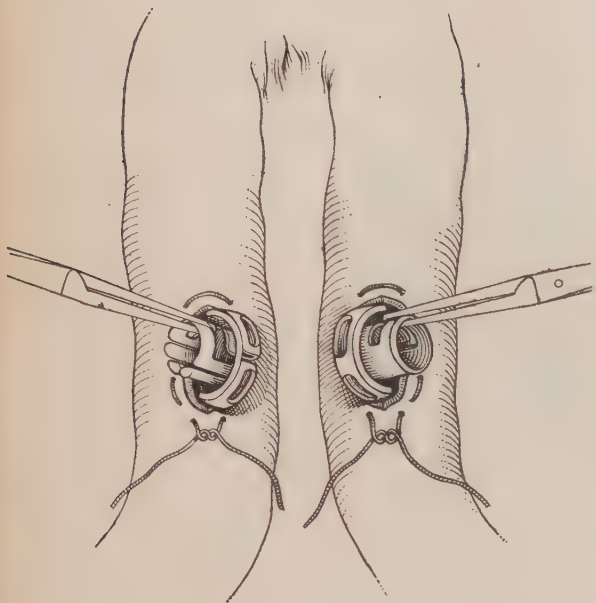


FIG. 32. — Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Villar.
Introduction des demi-boutons dans l'orifice
jéjunal.

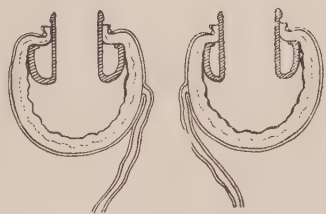
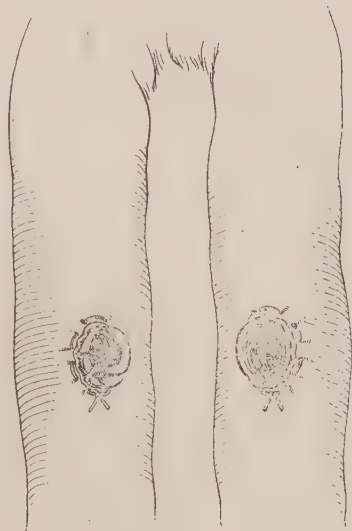


FIG. 33. — Jéjuno-jéjunostomie
au bouton de Villar.
Fermeture de la bourse séreuse
sur le collet du bouton.

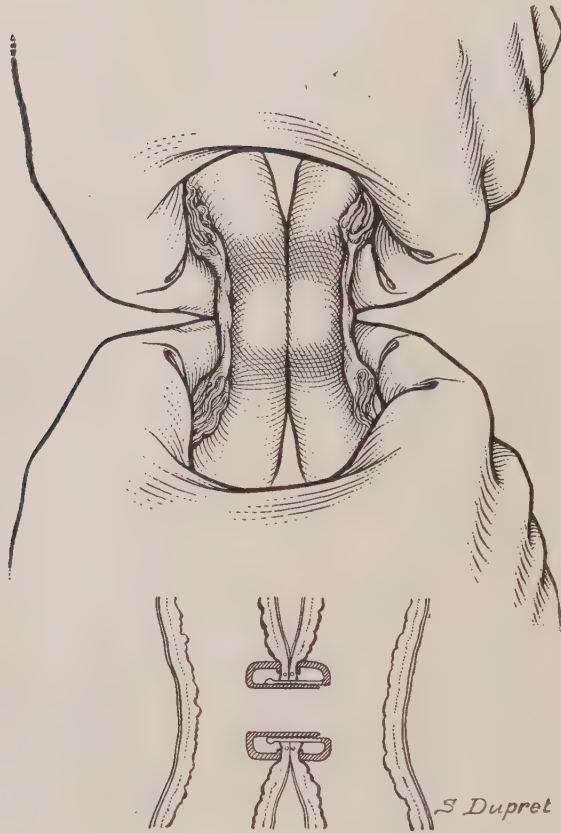


FIG. 34. — Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Villar.

Coaptation des deux pièces du bouton. Remarquez la présence de compresses entre les doigts de l'opérateur et l'intestin. On atténue ainsi le traumatisme dû au serrage.

b) JÉJUNO-JÉJUNOSTOMIE AU BOUTON DE JABOULAY.

Après avoir repéré bien exactement sur chacune des deux anses jéjunales l'emplacement de la future

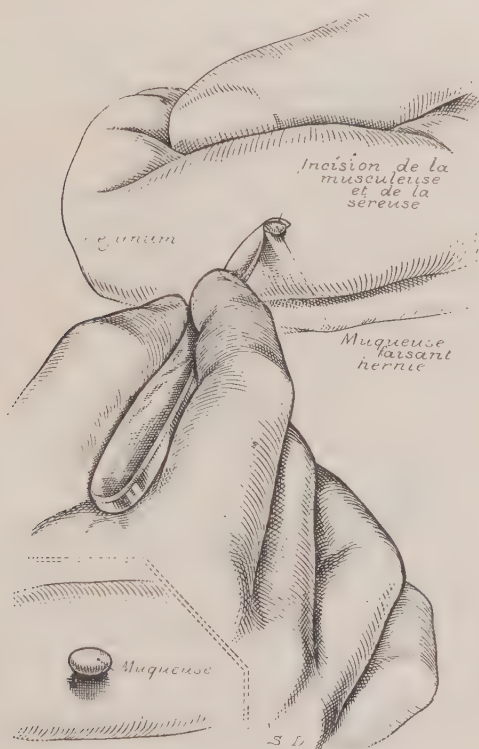


FIG. 35. — Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay.

Incision de la séro-musculaire jéjunale à l'emplacement de la future anastomose. La muqueuse fait hernie.

anastomose, l'opérateur incise entre deux pinces de CHAPUT, la séro-musculaire intestinale sur une longueur d'environ cinq millimètres. A travers la brèche

jéjunale ainsi formée la muqueuse fait hernie. L'opérateur la saisit avec deux pinces de CHAPUT, pour l'exterioriser. Il incise ensuite la muqueuse herniée sur

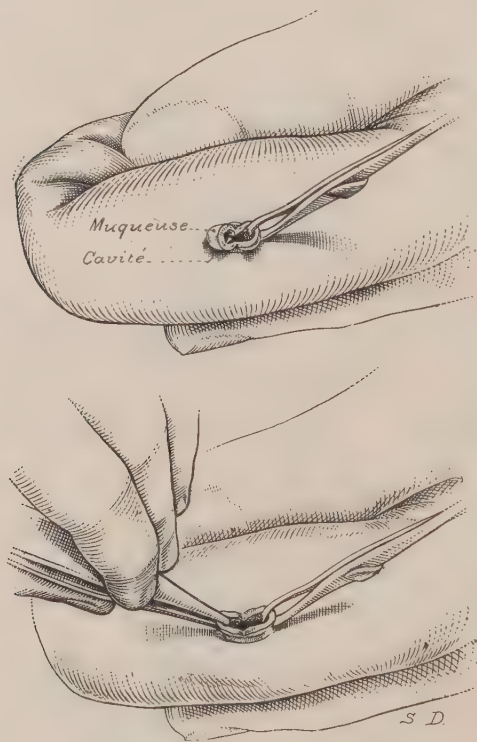


FIG. 36. — Jéuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay.
La muqueuse incisée est extériorisée.

une longueur d'environ cinq millimètres, puis il introduit à l'aide d'une pince spéciale dans chacun des orifices ainsi créés le demi-bouton de JABOULAY correspondant.

Chaque pièce du bouton sera présentée bien tangentielle à l'intestin et introduite dans la cavité

jéjunale par une de ses cornes. Une fois les deux pièces du bouton placées dans l'intestin, on achève

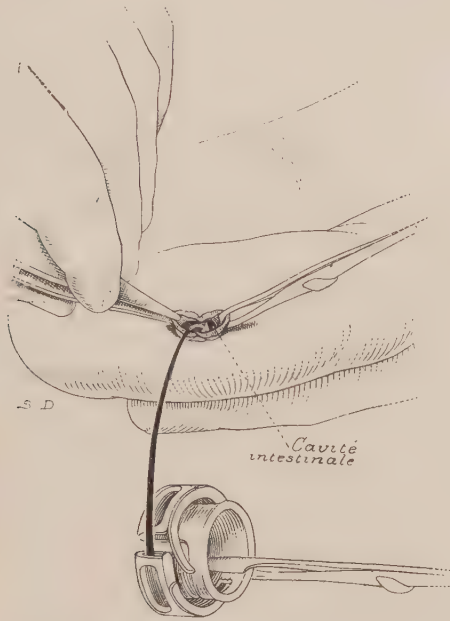


FIG. 37. — Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay.

Présentation d'un demi-bouton tangentiellement à l'intestin. Son introduction dans la boutonnière muqueuse se fera suivant le sens de la flèche.

l'anastomose par leur coaptation comme pour un bouton de VILLAR (fig. 35 à 37).

On devra toujours et pour la raison exposée précédemment placer le demi-bouton le plus lourd dans l'anse jéjunale efférente.

2° Anastomose sans bouton.

On peut également pratiquer l'anastomose latéro-latérale des deux anses jéjunales, comme une anastomose ordinaire, en deux plans séro-séreux et total.

Après avoir amené bien en contact les deux anses jéjunales à l'aide de pinces de CHAPUT, l'opérateur place aux deux extrémités de la région correspondante à la future anastomose un point séro-séreux dont il conserve les fils longs. Il place une pince de PÉAN, sur chacun des chefs ainsi formés, que l'aide tire en sens inverse, afin de bien amener en contact les deux surfaces jéjunales. L'opérateur exécute ensuite un surjet séro-séreux allant d'un fil d'appui à l'autre. Il arrête ce surjet postérieur aux deux extrémités par solidarisation avec les points d'appui. Les deux extrémités du surjet étant bien tendues par l'aide, l'opérateur incise de part et d'autre et bien parallèlement au surjet les tuniques intestinales. L'incision sera un peu moins longue que la suture postérieure.

a) SUTURE TOTALE POSTÉRIEURE.

Deux pinces de CHAPUT réuniront à chaque angle les deux muqueuses jéjunales postérieures. L'aide tire en sens inverse sur chaque pince pour tendre la ligne de suture. Une fois cette ligne bien tendue, l'opérateur n'a plus qu'à exécuter un surjet réunissant les lèvres postérieures des tranches de section jéjunales.

b) SUTURE TOTALE ANTÉRIEURE.

Dès la suture totale postérieure terminée, on pratique la réunion totale antérieure. Celle-ci s'exécutera de préférence au point de CONNEL, lequel a l'avantage d'être à la fois hémostatique, étanche et invisible.

L'anastomose se terminera par un surjet séro-séreux antérieur.

Si on n'emploie pas le point de CONNEL pour la suture totale antérieure, on fera trois plans de sutures, soit :

Un premier plan muco-muqueux.

Un second plan séro-musculaire.

Un troisième plan séro-séreux.

Depuis l'usage du bistouri électrique nous pratiquons l'anastomose jéjuno-jéjunale, de la façon suivante :

Les deux anses sont amenées côte à côte sur une longueur d'environ quatre centimètres et maintenues en contact aux extrémités par une pince de CHAPUT. Avec le bistouri électrique on incise la séro-musculaire jéjunale à l'emplacement de la future anastomose en ayant surtout soin de ne pas ouvrir la muqueuse. C'est là le temps très délicat de l'intervention et il faut un certain doigté et beaucoup d'entraînement pour éviter d'ouvrir la muqueuse.

Les lèvres séro-muscleuses s'écartent un peu, laissant voir dans le fond la muqueuse intacte tant sur l'anse afférente que sur l'anse efférente. Deux pinces de CHAPUT, réunissent à chaque angle les lèvres postérieures des tranches de section jéjunales. On exécute ensuite le surjet séro-musculaire postérieur, puis avec la pointe du bistouri électrique et au faible courant on pratique le brûlage de la muqueuse jusqu'à production d'une teinte grisâtre. Ceci fait on termine par un surjet séro-musculaire antérieur. Les deux anses jéjunales sont donc anastomosées les deux muqueuses n'étant pas ouvertes. Celles-ci ayant été brûlées, la déhiscence secondaire se produira spontanément au bout de quelques heures. On peut d'ailleurs la provoquer immédiatement en prenant entre le pouce et l'index les deux anses au niveau de l'anastomose et en les écrasant avec les doigts. La muqueuse est aussitôt rompue.

CATGUT OU FIL DE LIN

Faut-il employer le catgut ou le fil de lin dans la chirurgie gastro-intestinale ?

Autrefois Victor PAUCHET, employait le catgut à résorption lente 00 ou 000, pour les sutures gastro-intestinales.

Ce catgut s'est montré insuffisant, sa résorption étant encore trop rapide et provoquant parfois la désunion des sutures. Il est aujourd'hui abandonné au profit du fil de lin, lequel beaucoup plus solide et ne se résorbant pas, permet à la cicatrisation de se faire sans incident.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède nous concluons :

1° Le seul traitement chirurgical rationnel et vraiment curateur des ulcères gastro-duodénaux est la gastrectomie large.

2° Les meilleurs procédés d'anastomose sont « le Péan » et « le Polya ».

3° Les complications post-opératoires les plus redoutables de la gastrectomie par les procédés de Polya et de Bilroth II, sont les ruptures et fistules duodénales.

4° Ces ruptures et fistules sont souvent la conséquence d'une fermeture duodénale défectueuse.

5° La fermeture du duodénum est le temps le plus délicat de la gastrectomie. C'est celui qui demande le plus de patience et d'ingéniosité de la part de l'opérateur. Cette suture doit être parfaite, scrupuleuse, car c'est d'elle en grande partie que dépend le pronostic post-opératoire.

6° Si dans « le Polya » ou « le Bilroth II », on adopte l'anastomose à anse longue, on devra tou-

jours pratiquer une jéjuno-jéjunostomie complémentaire, pour éviter le reflux des liquides gastriques, de l'anse jéjunale afférente vers le cul-de-sac duodénal. Reflux pouvant être provoqué par une courbure ou torsion de l'anse jéjunale efférente.

7^o La jéjuno-jéjunostomie, drainant les liquides gastriques, met la suture duodénale au repos et permet par conséquent une rapide cicatrisation de la plaie duodénale. Elle diminue donc ainsi les risques de *Rupture et de Fistule* post-opératoires.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
JEAN LOUIS FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BURK. — Sur le traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodénal. *Zentralblatt f. Chir.*, 20 oct. 1923.
- BORSZÉKY. — Le traitement chirurgical des ulcus peptiques de l'estomac et du duodénum, et de leurs complications et ses résultats. *Beiträge zur Klinischen chir.*, t. LVII, fév. 1908.
- CARNOT. — Pourquoi doit-on réséquer les ulcères gastriques. *Paris Médical*, 1918.
- CUNÉO. — Technique de la pylorectomie pour cancer. *Journal de Chir.*, 1909, t. I.
- DELORT et CONVERT. — L'ulcère peptique du jéjunum consécutif à la G. E. *Rev. de Chir.*, t. 1, 58.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, 1895 (Rueff).
- DELORT (M.). — Que doit-on opérer ? Quand doit-on opérer en gastro-entérologie ? Les actualités thérapeutiques, n° 14. Maloine, éditeur.
- DELORT et PAUCHET (V.). — Traitement médical et chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal. *La Vie Médicale*, 1924.
- EISELSBERG. — Le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1920, t. 114, f. 3.
- FOLLIASSON. — La fermeture du duodénum dans la pylorogastrectomie. *Journ. méd. France*, XIX, n° 1, janv. 1930.

- GELAS. — De quelques considérations sur l'ulcère gastro-jéjunal consécutif à la G. E. *Rev. de Chir.*, t. LIX, n° 12, 1921.
- HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac. Masson, éditeur.
- HAYON (M.). — Thèse de Paris, 1929.
- HUTTEN. — Contribution à l'étude expérimentale de l'ulcère peptique du jéjunum. *Brun's Beiträge zur Klinischen Chir.*, t. CXXX, f. I.
- KOCHER. — Technique et résultats de la résection gastrique. *Correspondenz Blatt. f. Schweizer Aerte*. Bâle, 1893.
- LARRIERU. — La perforation de l'ulcère gastrique après la G. E. *Rev. de Chir.*, t. LIX, 1921.
- LEWISOHN. — Résection de l'estomac pour ulcère gastrique. *Annals of Surgery*, t. LXXVIII, 1923.
- MAIER. — Sur les inconvénients de la G. E. dans l'ulcère. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1922.
- MARTEL (THIERRY DE). — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Journ. Méd. français*. Poinat, éditeur, 1923.
- METGE. — Morts par hémorragies à la suite de G. E. *Zentralblatt. f. Chir.*, janv. 1924.
- MOYNIHAN. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. Rapport au 88^e Congrès de la British Med. Ass. *Brit. med. Jour.*, juillet 1920.
- Sur quelques problèmes concernant les ulcères gastro-duodénaux. *Brit. med. Jour.*, fév. 1923.
- L'ulcère gastrique et son traitement. *Medical Record*, 1921, t. 99.
- MÉTRAUX. — Résultats éloignés de la G. E. dans les ulcères de l'estomac et du duodénum. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, t. XL, n° 9.
- MOPPERT. — Résultats du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Gazette des Hôp.*, sept. 1922.

- MOYNIHAN. — Ulcus gastrique et duodénal. Traduction de V. Pauchet. Doin, éditeur.
- NAVEAU. — Thèse Paris, 1903.
- OBERTHUR. — Thèse Paris, 1926.
- PAUCHET (PIERRE). — Thèse Paris, 1926.
- PAUCHET (VICTOR). — Pratique Chir. illustrée. Doin, édit.
- PAUCHET (V.), LUQUET et HIRSCHBERG. — Ulcères de l'estomac et du duodénum. Doin, éditeur.
- PAUCHET (V.) et TIERNY (A.). — La gastro-entérostomie. Doin, éditeur.
- PAUCHET (V.). — Insuffisance de la G. E. dans certains cas d'ulcus. Soc. chir. Paris, février 1924.
- La gastro-entérostomie et ses complications. *Gaz. d. hôp.*, n° 77, sept. 1924.
 - La meilleure suture en chirurgie gastro-intestinale. Ch. Colin, impr.
 - Traitement de l'ulcère duodénal. *Archives franco-belges de chirurgie*, janv. 1925.
 - Résection ou G. E. *Maroc méd.*, juin 1924.
 - Les inconvénients de la G. E. *Umfia*, 1925.
 - G. E., gastrectomies, colectomies à l'aide de la diathermie, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. CIII, fév. 1930.
- PÉRIGORD. — Thèse Paris, 1926.
- RICARD et PAUCHET. — Ulcère duodénal. Son traitement chirurgical. XXIII^e Congrès de chirurgie. Paris, 1910, p. 461.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	15

CHAPITRE PREMIER

Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal.

A. — LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE	19
Inconvénients	19
1° Perforations	20
2° Hémorragies	20
3° Persistance de l'ulcère	20
4° Ulcus peptique	20
5° Cancérisation	22
6° Troubles dyspeptiques après G. E.	22
B. — LA GASTRECTOMIE	23
Avantages	23
Résultats	24
Indications	25
COMMENT RÉTABLIR LA CONTINUITÉ DIGESTIVE APRÈS RÉSEC- TION GASTRIQUE	27
Quels procédés d'anastomose doit-on employer ? ..	27
1° Procédé de Péan	27
2° Procédé de Kocher	27
3° Procédé de Billroth II	31
4° Procédé de Polya	32
COMMENT SE MANIFESTE LA RUPTURE DUODÉNALE ?	35

CHAPITRE II

	Pages
Comment fermer le duodénum dans le « Bilioth II » ou le « Polya ».....	37
A. — Duodénum sain.....	39
Procédés de fermeture du duodénum.....	39
1 ^o Procédé dit de la manchette de Th. Martel..	39
2 ^o Fermeture au point de Connel.....	41
3 ^o Procédé de Mayo.....	44
4 ^o Procédé de Cunéo	49
B. — Le duodénum est ulcéré.....	51
Procédés de fermeture du duodénum.....	54
1 ^o Ulcus duodéno-pylorique.....	54
2 ^o Ulcère duodénal proprement dit.....	57
Procédé de Pauchet et Le Gac.....	66

CHAPITRE III

La jéjuno-jéjunostomie.

Avantages.....	71
Technique.....	73
1 ^o Anastomose au bouton.....	73
a) Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Villar.....	73
b) Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay..	81
2 ^o Anastomose sans bouton.....	84
a) Suture totale postérieure.....	84
b) Suture totale antérieure.....	85
Catgut ou fil de lin?.....	87
CONCLUSIONS	88
BIBLIOGRAPHIE.....	90

